Joachim Baum
Windelsbleicher Str. 10
33647 Bielefeld
Tel. 0521-4329910 + 01575-0744329
Fax: 0521-4329911

Hans-Jörg Friedrich Karrenbrock
aus St. Nikolai im Sausal,
"Wahre Worte"





satirisch-ernste Aufbereitung des rechtsstaatlichen Problems

Joachim Baum Windelsbleicher Str. 10, 33647 Bielefeld
Amtsgericht Heinsberg
Schafhausener Str. 47

52525 Heinsberg

Internet-öffentlich[1] und vorab per Fax an: 02452-109-299

zu **Az. Verhandlung 8 OWi-408 Js 232/21-14/21 - Maskenzwang** als Unterwerfungzeichen im psychologischen Krieg zur Einführung einer neuen Weltordnung ohne Grundrechte und Freiheit

Bielefeld, den 10.04.2022

Trotz untauglicher und verschlimmernder Maßnahmen sagt die Statistik:

Man stirbt in Deutschland im Durchschnitt:

alle 1.328 Jahre[2] einmal 'an oder mit' Corona.

https://gettr.com/streaming/p146vc9d32c

FAKT: KEINE ÜBERSTERBLICHKEIT WEGEN COVID19

LAUT ANALYSE DES INSTITUTS FÜR STATISTIK DER LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN, SOWIE LAUT EINES AKTUELLEN FACHAUFSATZES VON EXPERTEN DES STATISTISCHEN BUNDESAMTES, IST IN DEUTSCHLAND KEINE ÜBERSTERBLICHKEIT IM ZUSAMMENHANG MIT DEM COVID19-VIRUS FESTSTELLBAR UND AUCH FÜR 2021 NICHT ZU ERWARTEN.

In Deutschland gab es im Jahr 2020
- Demografie bereinigt -
KEINE Übersterblichkeit

https://leak6.de/yt-reuploads/2021-01-27%20t.me%20Corona_Fakten%20570-Analysen,Grafiken_Covid-19_Deutschland.pdf

Musterverteidigung für Maskenbußgeld-Prozesse

in der "schlimmsten Pandemie aller Zeiten"

1 Die jeweils letzte Version der Musterverteidigung: https://leak6.de/masken/Maskenbussgeld_von_Verfassungs_wegen_wegverhandeln.pdf
2 Berechnung aus den offiziellen RKI-Daten in Kap. 4.3

Inhaltsverzeichnis

In dem Bußgeldverfahren Az. **8 OWi-408 Js 232/21-14/21**

des Amtsgerichts Heinsberg

Ladung derzeit: **Freitag, den 29.04.2022, 12:00 Uhr, Saal 15**

gegen

Joachim Baum
(Beschuldigter, Unterzeichner und Autor des nachfolgenden)

wird das Nachfolgende geltend gemacht:

Wenn nicht anders angegeben, ist im Folgenden mit **VO** die CoronaSchutzVerordnung NRW vom 30.10.2020 in der ab dem 05.11.2020 gültigen Fassung (**Anlage B100**) gemeint. Die hier dargelegte Argumentation ist aber auch auf zahlreiche andere Verordnungen anwendbar.

Die Feststellungsanträge in Kap. 1 richten sich gegen den Verordnungsgeber, das Land NRW.

1 Feststellungsanträge zur Rechtslage:

Der Unterzeichner beantragt - zum Zwecke der sachgerechten Prozessführung gerne in der vorgeschlagenen Reihenfolge - zu erkennen, bzw. festzustellen:

1.1 Bußgeld-Bewähr ist nur zum Zwecke des Fremdschutzes legitim.

1.2 Der Verordnungsgeber implizierte in seiner VO eine Analogie zwischen Fremd- und Selbstschutzniveau auf unbegründete Art und Weise.

1.3 Der Verordnungsgeber wies die Erreichbarkeit des implizierten Fremdschutzniveaus nicht nach.

1.4 Masken lediglich der in § 3 (1) VO vorgeschriebenen Bauart sind Fremdschutz untauglich.

1.5 § 3 (1) VO genügt in der Definition der 'Alltagsmaske' nicht dem Bestimmtheitsgebot.

1.6 § 3 (1) VO rekurriert in der Definition der 'Alltagsmaske' auf eine nicht gegebene 'Rechtssatzqualität' technischer Regelwerke.

1.7 § 3 (1) VO verletzt bezüglich der verlangten Masken das Gleichheitsgebot.

1.8 § 3 (2) VO verletzt unter Nr. 6 das Bestimmtheitsgebot.

1.9 Der Verordnungsgeber NRW möge zur Stellungnahme gehört werden!

1.10 §§ 2(3); 3; 12(2)S.4; 18(2)Nr.2 VO sind NICHTIG, weil mit dem Grundgesetz unvereinbar.

Es folgen die Begründungen:

1.1 Bußgeld-Bewähr ist nur zum Zwecke des Fremdschutzes legitim.

Laut dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts **2 BvR 2347/15**[3] vom 26.02.2020 reichen die Freiheitsrechte aller Bürger bis hin zum **selbstbestimmten Sterben**. Daher kann der Staat das selbstbestimmte Leben einschließlich der selbst gewählten Risikogestaltung nicht bestrafen. Der Staat hat weder das Recht, noch die Aufgabe, den Bürger in seiner Lebensgestaltung zu bevormunden.

Daraus folgt, dass die Verordnung einer Pflicht zum Tragen einer „Mund-Nase-Bedeckung" nur zum Schutze anderer Menschen legitim sein kann. Im Einzelnen:

Rn. 211 ebenda besagt,

> "Die Würde des Menschen ist ... nicht Grenze der Selbstbestimmung der Person, sondern ihr Grund."

Da nach **Art. 1 (1) GG**,

> "Die Würde des Menschen zu achten und zu schützen Verpflichtung aller staatlichen Gewalt" ist,

liegt die staatliche Verpflichtung auch dort, die Selbstbestimmung des Einzelnen so weit möglich zu gewährleisten und nicht dort, Selbstbestimmung **und** Gesundheit (Masken machen krank) des einen zu opfern um die Gesundheit anderer zu gewährleisten.

Zwar muss (**Rn. 221**),

> "der Einzelne staatliche Maßnahmen hinnehmen, wenn sie im überwiegenden Interesse der Allgemeinheit oder im Hinblick auf grundrechtlich geschützte Interessen Dritter unter **strikter Wahrung des Verhältnismäßigkeitsgebots** ergriffen werden,"

es ist aber nicht verhältnismäßig, wenn Staatsorgane mithilfe eines Lügen-Narratives (Kap. 4.3.1) den Einzelnen zur Rückatmung eigener Exkremente zwingen.

Weiter diskutiert die Entscheidung die Konflikte für Grundrechtsträger und Gesetzgeber unter Rn. 271 wie folgt:

> "Durch diese Vorverlagerung des strafrechtlichen Schutzes werden zwar notwendigerweise auch Verhaltensweisen strafbewehrt, die im konkreten Einzelfall **bei rückwirkender Betrachtung** gar nicht zu einer Gefährdung hätten führen können, … Verfassungsrechtlich ist der Gesetzgeber aber grundsätzlich nicht gehindert, aus generalpräventiven Gründen Handlungen, die lediglich generell geeignet sind, Rechtsgüter zu gefährden, unter Umständen schon in einem frühen Stadium zu unterbinden … . Anderenfalls nähme man dem Gesetzgeber die Möglichkeit, Gefahren für hochrangige Rechtsgüter zu begegnen, die aufgrund fehlender gesicherter wissenschaftlicher oder empirischer Erkenntnisse nicht exakt einschätzbar sind … ."

Diese Erlaubnis hat natürlich ebenfalls:

1. Den Fremdschutz zum Ziel, denn sie kann nicht die Würde (Selbstbestimmung) des Einzelnen antasten; auch das Argument, "wer sich schützt, schützt andere!" gründet seine Legitimation auf den Fremdschutz.
2. Reichten die vorhanden Erkenntnisse schon längst aus, um nicht erst bei späterer rückwirkender Betrachtung die Verfassungswidrigkeit erkennen zu können:
   - **a)** schon **vor dem Jahr 2020** gab es laut **Anlage B106** 26 Studien, welche den Nutzen von Masken infrage stellen.
   - **b)** **21.03.2020**: Das RKI Veröffentlichte das Ende der Welle mit R-Wert unter 1, also noch vor dem ersten Lockdown, siehe Kap. 4.3!
   - **c)** **09.04.2020**: Die Heinsberg-Studie belegt die relative Harmlosigkeit, siehe **Kap.** 3.6.3!
   - **d)** **25.06.2020**: Die Ischgl-Studie beweist die absolute Harmlosigkeit, siehe **Kap.** 4.2!
   - **e)** Die des RKI vom **24.09.2020**, dass der PCR-Test viel zu hohe Zahlen liefert siehe **Kap.** 4.6!
   - **f)** **14.10.2020**: Der hiesige Autor arbeitet auf Grundlage von Erkenntnissen mindestens seit 1845 mit dem Video das Maskenparadox die negative Wirkung von Masken für den Träger und für andere heraus, siehe **Kap.** 1.2!

---

3 https://leak6.de/biblio/2_BvR_2347-2015_bis_2_BvR_2527-2016%20Selbstbestimmtes_Sterben.pdf

Schließlich handelt der Staat im Auftrag der Bürger (**Prinzipal-Agent-Prinzip**[4]) und ist ihnen prinzipiell rechenschaftspflichtig (**BVerfG 1 BvR 699/06**[5] - Urt.v. 22.02.2011, Rn. 49):

> "[49] ... Während der Bürger prinzipiell frei ist, ist der Staat prinzipiell gebunden. ... Demgegenüber handelt der Staat in treuhänderischer Aufgabenwahrnehmung für die Bürger und ist ihnen rechenschaftspflichtig."

Erst wenn der Staat seine Bürger für würdig hält, ihnen Rechenschaft zu geben, die kritischen Fragen stand hält, kann dieser Staat dem kritischen Bürger gegenüber als legitimiert erscheinen.

Der Staat hat kein Recht, die Einreden des Bürgers zu ignorieren, schon gar nicht kann er das nach **Art. 4 (3) GG** als Instanz maßgebliche Gewissen des verständigen Einzelnen durch die Ignoranz seiner Kritik beeindrucken.

Der Unterzeichner beantragt daher, die These der Kapitelüberschrift festzustellen.

---

4 https://leak6.de/biblio/Schabert-Schulterschlusseffekt_mit_Prinzipal-Agent-Ansatz.pdf

5 https://leak6.de/biblio/1_BvR_0699-2006%20Meinungs+Versammlungsfreiheit+Grundrechtsbindung_im_Flughafen.pdf

1.2 Der Verordnungsgeber implizierte in seiner VO eine Analogie zwischen Fremd- und Selbstschutzniveau auf unbegründete Art und Weise.

Bei den in der VO genannten „FFP“ Masken handelt es sich um seit langer Zeit verfügbare Schutzmasken für den Selbstschutz des Trägers gegen feste und flüssige lungengängige Schadstoffe, wie sie bei Schleif- und Malerarbeiten etc. auftreten.

Diese Masken sind in **DIN EN 149** (**Anlage B101**) normiert.

Der in dieser Norm so genannte zulässige "**Durchlass**" des Filtermediums liegt für **FFP1**-, **FFP2**- und **FFP3**-Masken bei max. **20%**, **6%** und **1%** der das Filtermedium treffenden Schadstoff-Beaufschlagung.

In hochwertigen, dennoch praktikabel handhabbaren Masken kommen auch Filtermedien mit Leckage-Werten bis hinab zu **0,03%** (**Anlage B102**!) zum Einsatz.

Der prozentuale Ansatz zur Bemessung der Filterleistung ist sachgerecht.

Auch andere technische Normen, wie z. B. die **DIN EN 14683** (**Anlage B103**), unter Punkt B.8 stellen darauf ab, dass

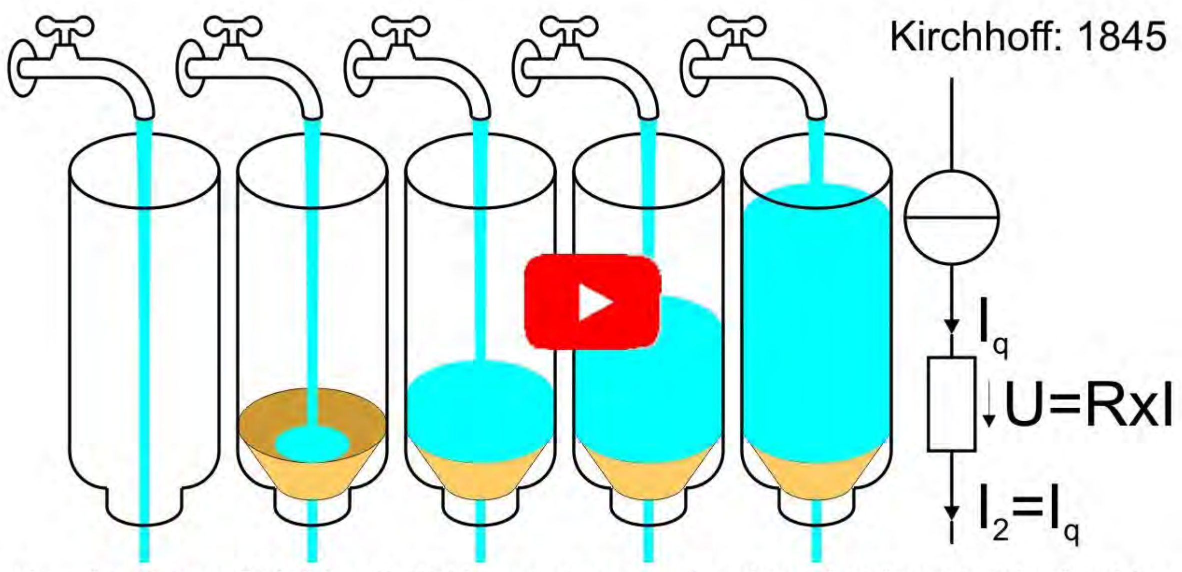
> "die bakterielle Filterleistung *B* ... als Prozentsatz zu berechnen" ist.

Auch die in **DIN EN 149**, Punkt 7.9.1 so genannte "gesamte nach innen gerichtete Leckage", welche auch Undichtigkeiten am Maskenrand und Handhabungsfehler umfasst, unterliegt dem prozentualen Ansatz.

Gründe gegen den proportionalen Ansatz; allgemeiner gesagt: dafür, dass die durchgelassene Menge an Schadstoffen nicht wenigstens ungefähr proportional zur Menge beaufschlagenden Schadstoffmenge sein könnte, sind nicht ersichtlich und dürften für die Masken der vorgeschriebenen Bauart auch äußerst schwer darzulegen sein.

Doch in logischer Fortführung dieses – jedenfalls mindestens ungefähr gültigen – proportionalen Ansatzes folgt denknotwendig, dass alle Schadstoffteilmengen, die vom Filtermedium in der Ausatmungskonstellation aufgehalten werden, so lange zu einer Konzentrationserhöhung auf der Innenseite der Maske führen, bis ein Gleichgewicht aus Zu- und Abfluss der Schadstoffe entsteht. Dieser kann schon im voraus als Kehrwert der im Einzelfall bei der Maske gegebenen (prozentualen) Leckage berechnet werden.

Formell beschrieben ist dieser Grund als physikalischer Erhaltungssatz, der z. B. in der Elektro- oder Wassertechnik anschaulich gemacht werden kann (siehe das 9-Minuten-Video **das Maskenparadox**[6]!):



unterschiedlich große Widerstände können einen jeweils entsprechend großen Stau bewirken, doch der Durchfluss bleibt konstant!

6 https://www.bitchute.com/video/N2IiEHWljwFf

Die technische Norm **DIN EN 149** definiert an keiner Stelle ein Schutzniveau für den Fremdschutz.

Die gesamte Norm wurde ausschließlich zum Schutz des Trägers der Masken - also für den Selbstschutz - entwickelt. Die in ihr zu findenden Leckage-Grenzwerte (Punkt 7.9.1) sind – textlich ausgewiesen (!) - nur nach innen gerichtet gültig.

Gleiches gilt auch für die Prüfaufbauten. Die in der Norm vorgegebenen Aufbauten zur Überprüfung der tatsächlich produzierten Qualität sehen ausschließlich die Konstellation für den Selbstschutz vor. Unter Punkt 8.5.1.1 führt die technische Norm auf: eine (so wörtlich) "Gesamte nach innen gerichtete Leckage". Punkte für nach außen gerichtete Leckage gibt es in der Norm nicht.

Der Verordnungsgeber erkannte, dass die für den Selbstschutz entworfene technische Norm nicht ohne weiteres für den Fremdschutz verwendet werden kann. Dies allerdings nur unter einem anderen Gesichtspunkt: Erst ab ungefähr Februar 2021 schrieb er vor, dass die verordneten Masken nicht nur normgerecht sein mussten, sondern außerdem kein Ausatmungs-Ventil aufweisen dürfen, welches die Norm unter Punkt 7.15 erlaubten.

Der Verordnungsgeber verkannte aber bis heute, dass Masken gemäß der für den Selbstschutz entworfenen technischen Norm aus den hier dargelegten Gründen überhaupt nicht für den Fremdschutz verwendet werden können.

Jedenfalls implizierte der Verordnungsgeber durch den Erlass seiner auf „FFP“-Masken Bezug nehmenden VOs, die Annahme, dass mit den Masken der vorgeschriebenen Bauarten ein für den Fremdschutz erhofftes Schutzniveau wenigstens durch das für den Selbstschutz normativ garantierte Schutzniveau angenähert werden könne.

Diese Hoffnung ist aus technisch-logischen gründen unbegründet, die implizierte Annahme einer wenigstens bestehenden Analogie ist unzulässig.

Der Unterzeichner beantragt daher, die These der Kapitelüberschrift festzustellen.

1.3 Der Verordnungsgeber wies die Erreichbarkeit des implizierten Fremdschutzniveaus nicht nach.

Auch ohne Ventile zur Ausatmung ist es **unmöglich**, mit den Masken der vorgeschriebenen Bauart ein durch die Produktion erreichtes Schutzniveau für den Fremdschutz auch nur annähernd zu erreichen. Daher ist es auch unmöglich, das Erreichen eines von 0 unterscheidbaren Fremdschutzniveaus auf einem Prüfstand in der Realität technisch nachzuweisen.

Es ist zu erkennen, dass aufgrund der ausschließlich für den Selbstschutz entworfenen Norm auch die darauf aufbauenden FFP-Zertifizierungen nur für den Selbstschutz gültig sind.

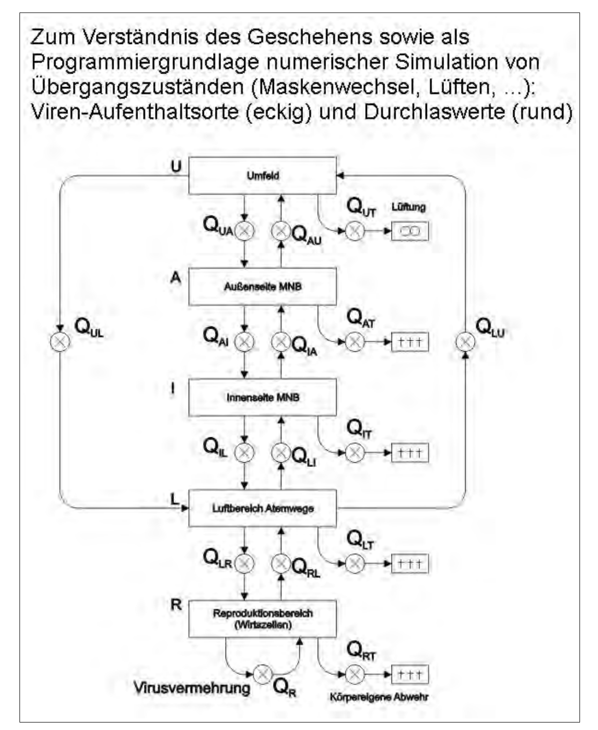
Der logische Mangel des nicht gegebenen Fremdschutzes haftet sowohl den Normen, wie auch den FFP-Zertifizierungen, wie auch allen darauf Bezug nehmenden Verordnungen an.

Der Unterzeichner beantragt daher, die These der Kapitelüberschrift festzustellen.

1.4 Masken lediglich der in § 3 (1) VO vorgeschriebenen Bauart sind Fremdschutz untauglich.

Die fatale Wirklichkeit der zum (prozentualen) Durchlass reziproken Virenkonzentrationserhöhung unter der Maske bedeutet für FFP1-, FFP2- und FFP3-Masken einen Faktor von nominell dem 5-fachen, dem 16,6-fachen oder gar dem 100-fachen!

Denknotwendig ist bei den Masken der vorgeschriebenen Bauart nicht nur die Untauglichkeit gegeben, sondern sogar bezüglich eine negative Wirkung der beabsichtigten Hauptwirkung:



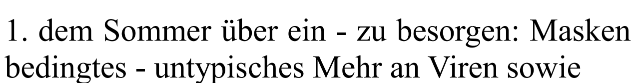
Gefährder kann nur sein, wer auch Ausscheider vermehrungsfähiger Viren ist.

Ausscheider vermehrungsfähiger Viren kann nur sein, bei wem die Krankheit 'gezündet' hat, sich die Viren (noch) im Organismus des Betroffenen (ggf. unbemerkt) vermehren, weil die Krankheit (vom Immunsystem) noch nicht hinreichend überwunden wurde.

Umso mehr Viren sich im Organismus dieses Personenkreises befinden, umso mehr Viren sind der weiteren Vermehrung zu besorgen. Die unter der Maske in gesteigerter Konzentration befindlichen Viren werden dieser Vermehrung durch Rückatmung zugeführt, sodass die gesamte Menge der ausgeschiedenen Viren durch die Masken sogar noch gesteigert wird - und auch der so sogar gesteigerte Virenstrom mit lediglich leichter Verzögerung in die Umgebung gelangt. Plausibel gemacht im 9-Min.-Video **das Maskenparadox**[7] sowie per Simulation gemäß des des Bildes (auch **Anlage B104**) gezeigten Schemas numerisch nachgerechnet.

Die Parole, "wer sich schützt, schützt auch andere" kann mit den Masken der vorgeschriebenen Bauarten jedenfalls **nicht** verwirklicht werden, sondern, wer sich selbst mit Masken schädigt, kann auch für seine Mitmenschen nur belastend wirken.

Wahr ist das Gegenteil: Wer die ersten in seinem Körper befindlichen Viren nicht sofort und auf kürzestem Wege wieder ausatmet, sondern - der Maske sei Dank - immer wieder zurückatmet, der hat viel öfter (und sogar unabhängig der Virenart) eine Erkrankung zu befürchten. Dieses geht jedenfalls aus dem Vergleich (Bild rechts) der Sentinel-Erhebungen des Jahres 2020 mit denen des Jahres 2019 hervor. In beiden Jahren gab es im Virusaufkommen in den Kalenderwochen 1-17 zueinander recht ähnliche Wellen. Doch im Jahr 2020 gab es:



1. dem Sommer über ein - zu besorgen: Masken bedingtes - untypisches Mehr an Viren sowie
2. von KW16 bis KW38 überhaupt keine - im Bild rot dargestellten - SARS-CoV-2-Viren, was im Übrigen auch die Erforderlichkeit der Masken und des in KW13 eingeführten Lockdowns in Abrede stellt sowie auch das Propagandaziel (Kap. 3.6.5, Hypothese **A**) als ein solches entlarvt.

7 https://www.bitchute.com/video/N2IiEHWljwFf

Weiter wird nicht nur die Erkrankungswahrscheinlichkeit, sondern auch die Sterbewahrscheinlichkeit durch Maskentragen erhöht.So jedenfalls Zacharias Fögen, der mit seiner '**The Foegen effect**' genannten Studie (**Anlage B105**): die Unterschied der Bezirke mit und ohne Maskenpflicht in Kansas U.S.A. auswertete. Die Bezirke mit Maskenpflicht wiesen dabei gegenüber den Bezirken ohne Maskenpflicht eine signifikant höhere Fallsterblichkeitsrate auf und zwar mit einem

Risikoverhältnis von 1,85!



Wer sich selbst krank macht, Viren in Masken kultiviert u./o. seine Ängstlichkeit gegenüber seiner sozialen Umgebung psychologisch zum Ausdruck bringt, der macht mutmaßlich auch seine Umgebung (z. B. Familie) viel eher krank, als der Gelassene, der bei Schluckbeschwerden einfach mal gurgelt.

Ein nicht stimmendes Grundverständnis über die Maskenwirkung führte nicht nur zu widersinnigen Normen sondern auch auf tatsächlicher Ebene zu - gelinde gesagt - Suboptimalitäten:

- zur Verbreitung von entsprechend untauglichen Masken, diese wiederum
- zu durchweg schlechten empirischen Testergebnissen in zahlreichen Studien, deren Auflistung (**Anlage B106**) mittlerweile 56 Einträge umfasst,
- zu einer Volksparanoia,
- zu dem Erleben der Politiker mit der fatalen Folge für ihr Selbstverständnis: Wir können - frei jeder Wissenspflicht - faktenwidrig durchregieren sowie
- im ganzen Land zu unzähligen Schädigungen: Erkrankungen, Tode, Gewinneinbußen, Pleiten, …!

Der Unterzeichner beantragt daher, die These der Kapitelüberschrift festzustellen.

Viele der Maskenstudien belegen eine Schädlichkeit für den Träger. Hierbei ist nicht nur die Verfassungswidrigkeit des Zwanges zum gesundheitlichen Opfer zu beachten, sondern nach obigen auch, dass man den Mitmenschen nicht schützen kann, indem man sich selber krank macht. Die aus den Studien sprechenden Schädigungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Es gibt – durch den so genannten 'Totraum' eine Rückatmung von Kohlendioxid und daraus folgend ein Absinken der Sauerstoffsättigung im Blut sowie eine Erhöhung des Gehalts an Kohlendioxid im Blut (sog. Hyperkapnie). Diese führt zu den typischen Symptomen einer Vergiftung durch Kohlendioxid: Kopfschmerzen, Erschöpfung, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen – wobei die Herz-Lungen-Funktionen generell beeinträchtigt werden.
- Es kommt durch den erhöhten Atemwiderstand zu Atembeschwerden,
- Die Selbstreinigung der Lunge wird beeinträchtigt: Ausgeatmete Schadenstoffe werden innerhalb der Maske aufgehalten und anschließend wieder eingeatmet,
- Es kommt zu Kontamination des Maskeninneren mit Bakterien und Pilzen, die ebenfalls wieder eingeatmet werden,
- zu einer Überfeuchtung in der Lunge,
- zu Ausschlägen, insbesondere Akne-Bildung auf der Gesichtshaut,
- zu Kehlkopfentzündungen und sonstige Störungen der Stimmbildung sowie
- zur Einatmung von nicht abbaubaren Mikro- und Nanopartikeln aus dem Stoff der Masken.

1.5 § 3 (1) VO genügt in der Definition der 'Alltagsmaske' nicht dem Bestimmtheitsgebot.

Art. 103 (2) GG lautet:

> "Eine Tat kann nur bestraft werden, wenn die Strafbarkeit gesetzlich **bestimmt** war, bevor die Tat begangen wurde."

Hierzu sagt sogar die Entscheidung Bundesnotbremse (**1 BvR 781/21 u. a.**)[8], Rn. 154,

> "[Dieser Absatz] gewährleistet, dass eine Tat nur bestraft werden kann, wenn die Strafbarkeit bestimmt war, bevor die Tat begangen wurde, ist auf Ordnungswidrigkeitentatbestände anwendbar … . Seine Bedeutung erschöpft sich nicht im Verbot der gewohnheitsrechtlichen oder rückwirkenden Strafbegründung. Er enthält für die Gesetzgebung **ein striktes Bestimmtheitsgebot** sowie ein damit korrespondierendes, an die Rechtsprechung gerichtetes **Verbot strafbegründender Analogie**. Damit hat er auch eine freiheitsgewährleistende Funktion, indem alle am Rechtsverkehr Teilnehmenden vorhersehen können sollen, welches Verhalten verboten und mit Strafe bedroht ist."

Der Bürger muss wissen, welchen Gesetzen und Verordnungen er unterworfen ist. Diese Regeln müssen nicht nur vorher bekannt sein, sondern auch präzise genug formuliert. Die Coronaschutzverordnungen schreiben das Tragen von Masken einer bestimmten Qualität vor und nehmen dabei Bezug auf technische Normen, welche dadurch zum Bestandteil der zu erfüllenden Regeln werden.

Jedermann, der sich über die negative Hauptwirkung des Fremdschutzes der Masken der vorgeschriebenen Bauart im klaren ist, kann den beabsichtigten Fremdschutz besser erreichen, indem er die Masken möglichst 'schlecht' sitzend trägt, dieselben in mit großen Löchern verschlissenen Zustand benutzt (die Coronaschutzverordnungen definieren für die Masken auch keine max. Nutzungsdauer oder Nachprüf-Pflicht), oder indem er sie - zwar provokant, aber dennoch am besten - auf der Schulter trägt.

Auch wird das Bestimmtheitsgebot verletzt, weil zum vorschriftsmäßigen Tragen nirgends max. zulässige **Spaltmaße** an ihren Rändern definiert wurden.

- Es ist unmöglich, Grenzwerte, produktionstechnisch zu überprüfen,
- Es ist für technische Normengeber ebenso unmöglich, dazu Prüfverfahren festzulegen
- Ergo kann auch vom Bürger nicht verlangt werden, so etwas einzuhalten.

Weiter wird der Mangel der Bestimmtheit durch die vorhandenen Öffnungsklauseln noch verstärkt:

- "einschließlich Schals, Tüchern **und so weiter**",
- "oder eine **gleich wirksame** ...",
- "**oder … aus anderen** Stoffen (OP-Maske **und so weiter**)"

An diesen Passagen – und explizit in § 12 (2) Nr. 4,

> "Bei gesichtsnahen Dienstleistungen, bei denen die Kundin oder der Kunde keine Alltagsmaske tragen und der Mindestabstand nicht eingehalten werden kann, müssen Beschäftigte während der Behandlung mindestens eine **FFP2**-, eine **KN95**- oder eine **N95**-Maske tragen."

wird deutlich, dass der Normengeber **irrend** (wegen der denktechnisch unwiderlegten negativen Fremdschutz-Hauptwirkung) von einer den Durchlasswerten umgekehrten Fremdschutzwirkung ausging und dieses irrige Denken auch Grundlage der (milderen) Alltagsmasken-Definition war.

Insbesondere kann es weder eine gleiche noch eine bessere Wirksamkeit geben, sondern das einzig sinnvolle und beste für den Wissenden ist, den ganzen Unfug gleich zu lassen und darüber aufzuklären, wozu im Übrigen nicht nur die Freiheit der Lehre aus **Art. 5 (3) GG** berechtigt, was alle Beamten auch ungeachtet eines etwaig nicht gegebenen – und vor allem: nicht vorausgesetzten - Beratungswillen ihrer Vorgesetzten an dieselben aufgrund des **§ 62 (1) S. 1 BBG** an dieselben weiterzugeben haben:

> "Beamtinnen und Beamte haben ihre Vorgesetzten zu beraten und zu unterstützen."

Es verbleibt das nicht legitime Ziel des Maskenzwanges: das Vollziehen eines symbolischen Rituals der Unterwerfung.

Der Unterzeichner beantragt daher, die These der Kapitelüberschrift festzustellen.

8 https://leak6.de/biblio/1_BvR_0781-2021%20Bundesnotbremse_verfassungsgemaess.pdf

1.6 § 3 (1) VO rekurriert in der Definition der 'Alltagsmaske' auf eine nicht gegebene 'Rechtssatzqualität' technischer Regelwerke.

Laut **BVerwG, Bs. 9 B 13.08**[9] vom 08.04.2008 LS.1 und Rn. 8 weisen technische Regelwerke keine 'Rechtssatzqualität' auf. Zu

> "Fragen [der] ... Handhabung technischer Regelwerke ... ist die Revision nicht … zuzulassen. Mangels Rechtssatzqualität der technischen Regelwerke sind diese Fragen nicht revisibel, auch wenn hiervon im Einzelfall das Ergebnis der Rechtsanwendung abhängig sein mag. … Von diesen Grundsätzen ausgehend lässt es das Beschwerdevorbringen nicht zu, der vom Kläger aufgeworfenen Frage grundsätzliche Bedeutung beizumessen."

Also: Die Handhabung technischer Normen hat keine grundsätzliche Bedeutung und keine Revisibilität. Hiervon ausgehend ist nicht zu erwarten, dass die technischen Normen von Verfassungs wegen gebotene Überprüfungen oder Korrekturen erführen. Die Handhabung bleibt – in Grenzen – Objekt der Beliebigkeit. Eine von Verfassungs wegen gebotene Schranke wird aber verletzt, wenn diese Beliebigkeit zur Grundlage von Bußgeld- und Strafvorschriften gemacht wird.

Der Unterzeichner beantragt daher, die These der Kapitelüberschrift festzustellen.

1.7 § 3 (1) VO verletzt bezüglich der verlangten Masken das Gleichheitsgebot.

Die Verpflichtung zum Tragen von Masken ist unbegründet, weil sie nicht auf Ausscheider von Viren abstellt. Die Tragepflicht besteht unbeschadet des Infektions-, Impf-, Booster- oder Genesenenstatus für alle gleich. Es gibt aber z. B. für einen Genesenen, der selbst keine vermehrungsfähigen Viren ausscheiden kann (weil er diese bereits selbst erfolgreich bekämpft hat), keinen Grund, anderen Menschen mit einer Schutz-Simulation auf der Nase zu begegnen und sich dazu zu bekennen, entweder unwissend, krank oder sonst wie gefährlich zu sein. Der Beschluss **2 BvR 804/75**[10] vom 24.03.1976 sagt unter B, I. 1.:

> "Der Gleichheitssatz ist verletzt, wenn wesentlich Gleiches willkürlich ungleich oder wesentlich Ungleiches willkürlich gleich behandelt wird."

Weiter zwingt die Verordnung in § 3 (2) Nr. 6 Menschen bei

> "ausnahmsweise zulässigen Zusammenkünften, Versammlungen und Veranstaltungen in geschlossenen Räumen und bei einer Teilnehmerzahl von mehr als 25 Personen unter freiem Himmel,"

unter die Maske, während sie unter ebenda Nr. 8 Menschen in Büroräumen von der Tragepflicht ausnimmt:

> "In Büroräumen gilt abweichend von Satz 1 Nummer 1 die Pflicht zum Tragen einer Alltagsmaske nur, soweit ein Kontakt zwischen Beschäftigten und Kundinnen, Kunden oder ihnen vergleichbaren Personen ohne Einhaltung des Mindestabstands besteht."

Wohlgemerkt gilt diese Ausnahme für Innenräume unter den im Vergleich zu 'unter freiem Himmel' fraglos schlechteren Lüftungsbedingungen auch für Großraumbüros mit mehr als 25 Mitarbeitern.

Der Unterzeichner beantragt, diese These festzustellen

9 https://leak6.de/biblio/BVerwG%209_B_0013-2008%20aktenwidrige_Willkür_ist_reversibel.pdf
10 https://leak6.de/biblio/2_BvR_0804-1975%20Gleichbehandlung%20von_Ungleichem_verletzt_Gleichheitsgebot.pdf

1.8 § 3 (2) VO verletzt unter Nr. 6 das Bestimmtheitsgebot.

Dortiger Text lautet:

> "Die Verpflichtung zum Tragen einer Alltagsmaske besteht unabhängig von der Einhaltung eines Mindestabstands … bei den nach dieser Verordnung ausnahmsweise zulässigen Zusammenkünften, Versammlungen und Veranstaltungen in geschlossenen Räumen und bei einer Teilnehmerzahl von mehr als 25 Personen unter freiem Himmel."

Hierbei ist es vollkommen unbestimmt, wie weit zwei Demonstrationen voneinander entfernt sein müssten, damit z. B. die Annäherung zweier 25-Personen-Ansammlungen kein gegenseitiges Infektionsrisiko darstellte.

Der Unterzeichner beantragt daher, die These der Kapitelüberschrift festzustellen.

1.9 Der Verordnungsgeber NRW möge zur Stellungnahme gehört werden!

Nicht nur formell hat jeder, der einen (behaupteten) Fehler macht ein Anrecht auf den entsprechenden Hinweis. Der rechtsstaatlich demokratische Regelkreis verlangt die Korrektur, denn der Bürger hat ein Recht auf eine gute Verwaltung (Beispielsweise **Artikel 41 GRCh**) und sogar auf Schadenersatz (ebenda Abs. 3).

Zwei Jahre lang wurden sämtliche Bürgern gegenüber wie Idioten behandelt, während **Artikel 1 der UN-Menschenrechtserklärung, Resolution 217 A (III)**[11] besagt:

> **"Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen."**

Der Geist der Brüderlichkeit aber verbietet es sowohl, seinen Mitmenschen so zu begegnen, dass man nicht signalisiert, es besser zu wissen, wie auch die eigene Regierung unaufgeklärt zu belassen.

Zwei Jahre lang wurde gegen die Grundsätze der Physik, des Massenerhaltungssatzes, der Kirchhoffschen Kontenregel oder gegen Adam Riese ganz allgemein verstoßen – was mit Rechtsstaat aber nichts mehr zu tun haben kann. Man überlege nur, was passierte, wenn sich Rechtsprechung zu Geschäften mit Teillieferung und Teilzahlung nicht mehr an die mathematische Regeln gebunden fühlte!

1.9.1 Betreuungsanregung für Karl Lauterbach

Im Geiste der Brüderlichkeit wäre weiter unter den Aspekten **Geschäftsfähigkeit** und der **Steuerverschwendung** zu überlegen, ob man unseren Gesundheitsminister **Karl Lauterbach** nicht einem Einwilligungsvorbehalt des Volkes unterwerfen sollte. Dieser orderte zu einem Zeitpunkt, wo sich schon abzeichnete, dass sich die 4. Impfdosis schon nicht mehr an den Mann bringen lies[12] noch rund 7 weitere Impfdosen pro zur Impfung fähigen Bürger (zusammen 554 Mio. Impfdosen, **Anlage B107**[13]), was einen bösgläubigen Erwerb unter Inkaufnahme von mindestens 6 nicht hinreichend wirksamen Dosen pro Person impliziert und den Freibrief für Big-Pharma, den letzten Dreck Gewinn maximierend anrühren zu können (Adieu freie Marktwirtschaft). Mit den so verschwendeten Summen (die Mutationen werden der technischen Entwicklung immer fortgelaufen sein) hätte man die betreffenden Firmen zu wahrscheinlich mehr als 100% ihres ursprünglichen Marktwertes kaufen können und dem Staat seinen rechtsstaatlichen Einfluss reservieren können, aber so ist das ganze Geld weg, also nutzlos, im Ausland und der weiteren Korruptionsfinanzierung zur Verfügung gestellt.

Der Unterzeichner beantragt, dem Verlangen der Kapitelüberschrift zu entsprechen.

11 https://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf
12 https://youtu.be/hszSPCYERA8
13 https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-878074

1.10 §§ 2(3); 3; 12(2)S.4; 18(2)Nr.2 VO sind NICHTIG, weil mit dem Grundgesetz unvereinbar.

Der Unterzeichner beantragt, die These der Kapitelüberschrift in Schlussfolgerung der vorangegangenen Feststellungsanträge festzustellen.

Der Unterzeichter stellt die vorstehenden, vorbereitenden Anträge und übermittelt:

- dieses Dokument bis zu dieser Seite mit seiner verkörperten Unterschrift per Fax,
- dieses Dokument, ohne Einlassungen zum Tatsächlichen und ohne Anlagen per Brief,
- dto., jedoch mit Anlagen per Email sowie online: https://leak6.de/yt-reuploads/2022-04-10%20Maskenbussgeld_von_Verfassungs_wegen_wegverhandeln.pdf
- Einlassungen zum Tatsächlichen beabsichtigt der Unterzeichner nach Klärung der Rechtslage in der Verhandlung zu tätigen.

Bezüglich des Umwelt schonenden Verzichts auf die 420 Seiten umfassenden Anlagen (per Brief und per Fax) wird zur Einführung in den Prozess erklärt, das diese Online gestellte Version als Erkenntnismittel im Sinne des **Beschlusses A 11 S 1740/17 vom 18.08.2017 Rn. 4**[14] *anzusehen ist. Im Falle der fehlenden* Akzeptanz dieser Form der Einführung in den Prozess wird höflichst um Hinweis gebeten!

Joachim Baum

Joachim Baum

14 https://leak6.de/biblio/VGH-BW%20A_11_S_1740-2017%20Erkenntnismittel%20Internetpresse%20Ges-gehoersverl_Abs_Revgr_k_Darlegungspflicht_bei_Gesamtrelevanz.pdf

2 Begründungen zur Rechtslage:

Staatliche Maßnahmen müssen

- (nicht nur vorgeblich) ein legitimes Ziel – oder Zwischenziel - verfolgen,
- sie müssen notwendig (erforderlich) sein,
- geeignet (tauglich) und
- verhältnismäßig. Weiter müssen sie selbst
- der Verfassung genügen, insbesondere dem
- Wesentlichkeitsgrundsatz des Grundgesetzes und
- zur Verfügung stehende mildere Mittel müssen bereits ausgeschöpft sein.

2.1 Gewaltwirkungsordnung nach Art. 20 GG

Art. 20 GG beschreibt die Gewaltwirkungsordnung wie folgt:

> "(1) Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.
> (2) Alle Staatsgewalt geht vom Volke aus. Sie wird vom Volke in Wahlen und Abstimmungen und durch besondere Organe der Gesetzgebung, der vollziehenden Gewalt und der Rechtsprechung ausgeübt.
> (3) Die Gesetzgebung ist an die verfassungsmäßige Ordnung, die vollziehende Gewalt und die Rechtsprechung sind an Gesetz und Recht gebunden.
> (4) Gegen jeden, der es unternimmt, **diese Ordnung** zu beseitigen, haben **alle Deutschen** das Recht zum Widerstand, wenn andere Abhilfe nicht möglich ist."

2.2 Die Befugnis zur Feststellung etwaiger Ordnungsbeseitigung

Die Bürgerperspektive: Da denknotwendig Widerstandsleistungen nur von Andersdenkenden geleistet werden, müssen es auch dieselben sein, welche dieses Recht erkennen - in Juristendeutsch: die Befugten sind zur Feststellung der Voraussetzungen und der etwaigen 'Ordnungsbeseitiger'.

Ebenfalls gehört die Beurteilung der Frage der (individuell eigenen) Möglichkeiten anderer Abhilfe: Die selbst zu beurteilende **andere Abhilfe** ist nicht tatenloses Warten auf einen verheißenen Retter, nicht das Hinnehmen von Vertröstungen und auch nicht das Fügen in von Unordnung getriebene Deutungen. Die Möglichkeit anderer Abhilfe muss im eigenen Rahmen tatsächlich und mit hinreichender Wahrscheinlichkeit effektiv und rechtzeitig durchsetzbar erscheinen. Beispiel: Wenn Verfassungsbeschwerden mehrheitlich ohne Begründung als offensichtlich unzulässig abgewiesen werden, gehören sie ebenso offensichtlich nicht mehr zum Umfang der Möglichkeiten aller Deutschen.

Aus der Perspektive des Rechtsstaates, der Staat der in Eigensicht immer Recht hat, gibt es "zur anderen Abhilfe" für seine Bürger sehr lange den z. B. mit **Art. 19 (4) GG** garantierten, theoretisch offen stehenden Rechtsweg und wenn der Bürger diesen nicht geht, "ist er selber Schuld".

Mit wie großen Verlusten diese beiden Perspektiven miteinander zum Ausgleich gebracht werden können, dürfte sich an dem Maß der auf beiden Seiten mehr oder weniger vorhandenen Einsicht und Friedensliebe entscheiden.

Richter sind jedenfalls gehalten, die Bürgerperspektive wenigstens zu kennen, weil sie "im Namen des Volkes" urteilen.

2.3 Rechtliches Gehör zur Rechtslage

Art. 103 (1) GG lautet:

> "Vor Gericht hat jedermann Anspruch auf rechtliches Gehör."

Dieses wurde ausgelegt durch Beschluss **BVerfGE 86, 133**[15] vom 19.05.1992 beginnend mit:

> "1. Der Anspruch auf rechtliches Gehör (**Art. 103 Abs. 1 GG**) gewährleistet den Verfahrensbeteiligten das Recht, sich **nicht nur zu dem** der Entscheidung zugrunde liegenden **Sachverhalt, sondern auch zur Rechtslage** zu äußern. Es verstößt gegen **Art. 103 Abs. 1 GG**, wenn das Gericht ohne vorherigen Hinweis auf einen rechtlichen Gesichtspunkt abstellt, mit dem auch ein gewissenhafter und kundiger Prozeßbeteiligter selbst unter Berücksichtigung der Vielzahl vertretbarer Rechtsauffassungen nicht zu rechnen brauchte (Anschluß an BVerfGE 84, 188).
>
> 2. Geht das Gericht auf den wesentlichen Kern des Tatsachenvortrags einer Partei zu einer Frage, die für das Verfahren von zentraler Bedeutung ist, in den Entscheidungsgründen nicht ein, so läßt dies auf die Nichtberücksichtigung des Vortrags schließen, sofern er nicht nach dem Rechtsstandpunkt des Gerichts unerheblich oder aber offensichtlich unsubstantiiert war (Fortführung von BVerfGE 47, 182 [189])."

2.4 Natürliche Ordnungsmerkmale, Gleichgewichte, Sprache

Gerade weil die Feststellungsbefugnis einer etwaigen Ordnungsbeseitigung bei "allen Deutschen", also auch bei zahlreichen Laien liegt, dient es dem Rechtsfrieden, das bei Jedermann bereits unscharf vorhandene 'Gefühl', gegenüber der altbekannten, Geborgenheit stiftenden "**alten Normalität**" "**stimme etwas nicht**", zu präzisieren.

Die Phyik sagt: Kraft und Gegenkraft sind gleich: Das Spiel der Kräfte kann sichtbar sein (Beschleunigung), unsichtbar (Schwerkraft und Wage), verzögert (Pendel), oder kompliziert (Kreiselkräfte). In statischen Fällen, oder gleichförmigen Schwingungen ist die dem Gleichgewichtszustand zugrunde liegende Ordnung am einfachsten ersichtlich.

In der Tierwelt wird die Population i.d.R. durch die gegebenen Ressourcen reguliert.

Im funktionierenden Regelkreis wird die Ordnung (Übereinstimmung von Soll- und Istwert) trotz Störgröße durch eine hinreichend klug ermittelte Korrekturantwort gewährleistet. Schlecht eingestellte Regler führen zu Abweichungen, Schwingungen oder "Katastrophen" im mathematischen Sinn (Elektrotechnisch: "Latching"). Wenn ein Regler außer Kontrolle gerät, kann es nach einer anschwellenden Schwingung zur Katastrophe kommen. Z. B. wenn der Leerlaufdrehzahlregler eines Verbrennungsmotors bewirkt, dass der Motor ausgeht oder überdreht.

Auch die Demokratie ist als Regelkreis gedacht und hat das Volkswohl zum Ziel. Die Einflussmöglichkeiten aus Wahlen und Abstimmungen **müssen** hinreichend groß sein.

In der Virologie ergibt sich eine **übergeordnete Ordnung** aus ständig wechselnden Katastrophen: Regelmäßig besiegen die Immunsystem der Menschen alle akuten virologischen Angriffe, benötigen aber zur Erstellung der passenden Immunantwort ebenso regelmäßig eine gewisse Zeit. Während der Kampf für die aktuelle Virenvariante regelmäßig in tödlicher Katastrophe endet, können die Viren die Zwischenzeit zu spontanen Mutationen nutzen auf welche zu Antworten das Immunsystem erst wieder Zeit benötigt.

Nur einzelne Virenstämme können sich zeitweise exponentiell ausbreiten, während die übergeordnete Ordnung aus mutierenden Viren und nach lernendem Immunsystem schon seit Jahrtausenden ohne Katastrophe für die Menschheit gehandhabt wird.

Wenn es nach tausenden oder Milliarden Jahren der natürlichen Gleichgewichte nun seit dem Jahr 2019 doch ein den Fortbestand der Menschheit bedrohendes Ausnahme-Szenario geben soll, dann muss diesem denknotwendig auch ein außerordentlicher Auslöser zugrunde liegen. Hier ist vor allem die

15 https://leak6.de/biblio/BVerfGE%20086-133%20Rechtliches_Gehoer_auch_zur_Rechtslage.pdf

'Gain of Function'

genannte Virenforschung zu nennen, welche aufgrund ihrer Tragweite allein schon bei bloßem Verdacht dringend und zuverlässig zu ermitteln und zu stoppen ist!

Die ordentliche Entscheidung setzt Ordnung im Denken voraus, das aus ordentlichen, einzeln nachvollziehbaren Zwischenschritten besteht. Schon die kleinste Etappe, ein einziges Wort, kann ein zielführender Schlüsselbegriff, Verwirrung, Kampfbegriff oder blanke Diskriminierung sein. Z. B. sei genannt: Souverän, systemrelevant, Putsch (oder wie darf man das in Ägyten nennen?), Pandemie, Escape-Variante, Boostern, R-Wert, Evidenz, 7-Tage-Inzidenz, Gewaltenteilung (richtig: Gewaltentrennung), neue Normalität, Querdenker, Kostenwahrheit, Gewaltwirkungsordnung, Neue-Welt-Ordnung, Plandemie.

Beispiel: Vor der neuen Normalität gab es den Begriff "**Lockerungen**" nur im Strafvollzug.

Blinde Flecken des Denkens entlarven sich bereits in wichtigen Vokabeln, die man vor ihrer Einführung weder gebrauchte, noch vermisste. Auf eine bedarfsgerechte Vergesslichkeit des Wahlvolkes ist in Grenzen Verlass, solange man die Medien unter Kontrolle hat und in soweit auch auf die Kontinuität des kollektiven Bewusstseins.

2.5 Die freiheitlich demokratische Grundordnung

Der Staat handelt im Auftrag der Bürger (**Prinzipal-Agent-Prinzip**[16]) und ist ihnen prinzipiell rechenschaftspflichtig. So jedenfalls **BVerfG 1 BvR 699/06**[17] - Urt.v. 22.02.2011, Rn. 49:

> "[49] ... Während der Bürger prinzipiell frei ist, ist der Staat prinzipiell gebunden. ... Demgegenüber handelt der Staat in treuhänderischer Aufgabenwahrnehmung für die Bürger und ist ihnen rechenschaftspflichtig."

In allen seinen Aufgaben muss der Staat frei von Willkür handeln. Er muss die ihm zur Verfügung gestellten **Steuermittel** sorgfältig, treu und sparsam den allgemein anerkannten Zwecken dienend verwenden. Der Staat muss seine Rechenschaftspflicht frei von Unwahrheiten erfüllen!

Er hat keine letztgültige Deutungshoheit und **kein Wahrheitsmonopol!** Gerade weil er der Wahrheit verpflichtet ist, darf er sie nicht (einfach) selbst definieren und sich der Kritik entziehen!

Staatliche Sanktionierung angeblicher Falschinformationen ist bereits Zensur.

Zensur darf auch nicht an privat (Youtube) delegiert (Doku[18]) werden!

Doch gerade solches verlangt z. B. Bill Gates in seiner Zunkunftsprognose für 2022-2030 von Staaten (siehe **Anlage B201**! sowie Überschrift 7 des **Event201** - Call to Action, **Anlage B202**!).

Der **Beschluss BVerfGE 27, 71 (1 BvR 46/65) vom 03.10.1969**[19] erklärt in LS 1-3,

> "1. Das in Art. 5 Abs. 1 Satz 1 GG gewährleistete Recht, sich aus allgemein zugänglichen Quellen ungehindert zu unterrichten (Informationsfreiheit), steht als selbständiges Grundrecht gleichwertig neben der Meinungs- und Pressefreiheit.
>
> 2. Allgemein zugänglich ist eine Informationsquelle, wenn sie technisch geeignet und bestimmt ist, der Allgemeinheit Informationen zu verschaffen. Sie verliert diesen Charakter nicht durch rechtliche, gegen die Verbreitung gerichtete Maßnahmen.
>
> 3. Art. 5 Abs. 1 Satz 1 GG schützt nicht nur ein aktives Handeln zur Informationsverschaffung, sondern ebenso die schlichte Entgegennahme von Informationen."

BVerfG, Beschluss vom 06.06.1989 - 1 BvR 727/84[20], LS. 2 besagt,

> "Der aus Art. 5 Abs. 1 Satz 2 GG folgenden **Neutralitätspflicht des Staates** im Leistungsbereich entspricht ein subjektives Abwehrrecht des Trägers der Pressefreiheit gegen die mit staatlichen Förderungsmaßnahmen etwa verbundene inhaltslenkende Wirkung sowie ein **Anspruch auf Gleichbehandlung im publizistischen Wettbewerb.**"

Nach diesem verletzen die Zensur durch privat, wie auch die der nun wegen einer angeblichen Sorgfaltspflicht schärfer gestalteten **Medienstaatsverträge** nicht nur die Rechte der Zensierten, sondern auch:

Die Rechte der Bevölkerung, die nicht einmal erfahren, was ihnen vorenthalten wird und damit auch nicht: in welchen Rechten im Konkreten sie verletzt wurden.

Die Wahrheit ist das erste Opfer des Krieges. Nur wenig schärfer formuliert, werden Krieg erst durch Lügen möglich und umgekehrt ebenso: Frieden wird erst durch Wahrheit möglich. Dass RT-DE seit kurz vor dem Ukraine-Krieg auf Youtube nicht mehr senden darf und auch seine öffentliche Zulassung nicht erhält - ist selbst unter Annahme der Hypothese **D**, "wir sind die Guten" nicht dem Frieden förderlich, sondern diskriminiert auf grundgesetzwidrige Weise (**Art 3 (3) GG** i.V.m. **Art. 19(3) GG**).

---

16 https://leak6.de/biblio/Schabert-Schulterschlusseffekt_mit_Prinzipal-Agent-Ansatz.pdf
17 https://leak6.de/biblio/1_BvR_0699-2006%20Meinungs+Versammlungsfreiheit+Grundrechtsbindung_im_Flughafen.pdf
18 Die Leak6-Corona-Chronik 2020 (https://leak6.de/yt-reuploads/2020-12-31%20Leak6-Corona_Chronik.pdf) enthält 359x das Suchwort "zensiert" (mit Strg+F)
19 https://leak6.de/biblio/BVerfGE%20027-071%20allg_zugaengl_Infoquelle_trotz_staatl_Verbreitungs-Abwehrmassnahmen.pdf
20 https://leak6.de/biblio/1_BvR_0727-1984%20Pressegleichbehandlung_Postzeitung.pdf

2.5.1 Staatsmonopole nur Willkür frei für Gewalt und Bestrafung

Nicht aber für Wahrheit, oder gar für den Glauben an eine mit Massivität dem Volke eingehämmerte Gefahrenlage und die erforderliche Sicherheits-, Opfer oder gar Erlösungs-Mechanik.

Das AG-Weimar stellte im Beschluss **9 F 148/21**[21] vom 08.04.2021

Das Legalitätsprinzip (allein der Staat darf strafen) schützt uns vor Selbstjustiz.

Das sehr Gewaltmonopol schützt uns vor grober Eigenmacht von Einzeltätern.

Der Grundsatz aus **Art. 20 (2) GG**,

> "Alle Staatsgewalt geht vom Volke aus.“

bedeutet bereits, dass ein Narrativ, das unser gesamtes Zusammenleben mit Gewalt bestimmt, uns nicht vom Ausland her übergestülpt werden darf.

21 https://leak6.de/biblio/AG-Weimar%209_F_148-2021_EAO_Beschluss_Stenz-Rogoz.pdf

2.5.2 Wer darf dumm sein, "Wissen müssen" und der Amtseid!

Der Staat muss die **Regeln der Wissenschaftlichkeit**[22] zwingend einhalten:

- Ursache und Wirkung eineindeutig zuzuordnen. Die Kausalität, welche der angenommenen Ursachen zu welchen Beobachtungen führen, muss nachgewiesen werden.
- Wirkliche und vermeintliche Ursachen für eine Beobachtung müssen voneinander getrennt werden.
- Erklärungsmuster müssen durch Wiederholung der so genannten 'Experimente' überprüfbar sein. Anerkannte Theorien müssen sich z. B. durch zutreffende Vorhersagen beweisen lassen.
- Erklärungsmuster müssen logisch sein, z. B. kann eine Wirkung nicht schon vor ihrer Ursache auftreten.
- Willkürliche Deutungen sind auszuschließen. Das Maß der Unsicherheit ist anzugeben.

How our government works

Wissenschaftliche Theorien (Deutungsmuster) sind **der Kritik und Weiterentwicklung gegenüber offen** (vgl. Peer-Review-Verfahren), die als zutreffend behauptete Theorie ist nicht selbst ein Geheimnis.

Nach **Art. 56, 64 GG** leisten Bundespräsident, Bundeskanzler und Bundesminister den Amtseid,

> "meine Kraft dem Wohle des deutschen Volkes widmen, seinen Nutzen mehren, Schaden von ihm wenden, das Grundgesetz und die Gesetze des Bundes wahren und verteidigen, meine Pflichten gewissenhaft erfüllen und Gerechtigkeit gegen jedermann üben werde. ..."

Weder kommt das finanzielle Wohl internationaler Pharmakonzerne darin vor, noch besteht das Volkeswohl in der ausschließlichen Jagd der Beseitigung einer – lediglich gewähnten – Unsicherheit, während Sicherheit als solches nicht einmal ein explizit grundgesetzliches Schutzziel ist.

Nach **§ 38 DRiG** schwören Richter,

> "nach bestem Wissen und Gewissen ohne Ansehen der Person zu urteilen."



BILD DEUTSCHLAND • 2. SEPTEMBER 2020

Eingeständnis von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

„Man würde mit dem Wissen heute ...

... keine Friseure und keinen Einzelhandel mehr schließen. Das wird nicht noch mal passieren. Wir werden nicht noch mal Bevormundung durch Reichspropaganda erlauben"

Jens Spahn (40, CDU)

Wie also könnten sie ihr 'bestes Wissen' zu Hause lassen - und wer hat ein Recht auf Panikmache?

Schon mit dem Wissen von 1845 hätte man sich die Masken sparen können!

Aus dem Jahr 1845 nämlich stammt das **erste Kirchhoffsches Gesetz**[23]; welches die wissenschaftliche

22 vgl. S. 11f von https://leak6.de/biblio/Psychiatrische%20Gutachten.pdf
23 https://de.wikipedia.org/wiki/Kirchhoffsche_Regeln#Der_Knotenpunktsatz_(Knotenregel)_%E2%80%93_1._Kirchhoffsches_Gesetz

Grundlage für das Video **das Maskenparadox**[24], das Masken, die lediglich der vorgeschriebenen Bauart entsprechen, als untauglich disqualifiziert.

Vom Autor geänderte Schlagzeile, das Wissen und die Versprechen von Politikern im postfaktischen Zeitalter wertlos. Der dieses Versprechen brechende Interessenvertreter **Jens Spahn** hat die Chance auf Fehler und Vergehen an seinen Nachfolger **Karl Lauterbach** abgegeben, der diese ebenso ausgiebig nutzt.

2.5.3 Sogar die Gesundheitsbehörde ECDC zweifelt am Nutzen von FFP2-Masken

Das ZDF berichtete (in Gänze siehe **Anlage B203**)[25]:

Stella Kyriakides:

> "Die ECDC sagt, die Beweislage sei im Moment nicht stark genug für eine Notwendigkeit, dies im Alltag zu empfehlen."

Prof. Dr. Andreas Podbielski vom Institut für Medizinische Mikrobiologie, Virologie & Hygiene in Rostock

> "Um die tatsächliche Schutzwirkung der FFP2-Masken im Alltag zu überprüfen, hätte man eine Studie durchführen müssen, bei der ein Teil der Bevölkerung FFP2-Masken trägt und der andere Teil einen herkömmlichen Mund-Nasen-Schutz. Eine solche Studie sei ihm jedoch nicht bekannt."

24 https://www.bitchute.com/video/N2IiEHWljwFf
25 https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-ffp2-masken-zweifel-100.html

2.6 Ordnung aus Verordnungen, Allgemeinverfügungen, techn. Normen

Wie nicht zuletzt das wegweisende Weimaer Urteil **6 OWi - 523 Js 202518/20**[26] vom 11.01.2021 auf Seite 2 (gekürzt in **Anlage B204**) ausführt, hat ein Gericht

> "selbst über die Verfassungsmäßigkeit … [von] Normen zu entscheiden, weil die Vorlagepflicht gem. **Art. 100 Abs. 1 GG** {https://dejure.org/gesetze/GG/100.html} nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (grundlegend BVerfGE 1, 184 (195ff) {https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Text=BVerfGE%201,%20184}) nur für förmliche Gesetze des Bundes und der Länder, nicht aber für nur materielle Gesetze wie Rechtsverordnungen gilt. Über deren Vereinbarkeit mit der Verfassung hat jedes Gericht selbst zu entscheiden."

Noch viel mehr gilt die richterliche Prüfpflicht den technischen Normen, denen ja, wie schon ausgeführt, die Rechtssatzqualität ermangelt. Nicht einmal werden diese Normen von gewählten Volksvertreten verabschiedet, sondern gerade mal von privatrechtlichen Expertengremien.

Am oberen Ende dieser "**Normregenten**" treten laut eigenem Bekunden (**DIN EN 31000 Anlage B205**, Einleitung) so genannte "**Stakeholder**" auf und schreiben die Prinzipien des Risikomanagements fest.

So heißt es in der Einleitung:

> "Dieses Dokument richtet sich an Personen, die **Werte** in Organisationen schaffen und bewahren, indem sie mit Risiken umgehen. Entscheidungen treffen, Ziele festlegen und erreichen sowie Leistung verbessern.
>
> **Organisationen jeglicher Art und Größe** unterliegen externen und internen Faktoren und Einflüssen, die das Erreichen ihrer Ziele unsicher machen können.
>
> Das Umgehen mit Risiken erfolgt iterativ und unterstützt Organisationen dabei, Strategien festzulegen, Ziele zu erreichen und fundierte Entscheidungen zu treffen.
>
> Das Umgehen mit Risiken ist Teil der Leitung und Führung und entscheidet darüber, wie diese Organisation auf allen Ebenen geführt wird. Es trägt zu der Verbesserung von Managementsystemen bei.
>
> Das Umgehen mit Risiken ist Teil aller Aktivitäten einer Organisation und umfasst die Interaktion mit Stakeholdern.
>
> Das Umgehen mit Risiken berücksichtigt den externen und internen Kontext der Organisation einschließlich menschlichen Verhaltens und kultureller Faktoren.
>
> Das Umgehen mit Risiken basiert auf den Grundsätzen dem Rahmenwerk und dem Prozess, wie sie in diesem Dokument beschrieben und in Bild 1 dargestellt sind. Diese Komponenten bestehen möglicherweise bereits vollständig oder teilweise in der Organisation, müssten aber möglicherweise angepasst oder verbessert werden, damit das Umgehen mit Risiken effizient, wirksam und konsistent erfolgt."

Man beachte:

- Die Ausschüsse, welche diese Norm und ihr Denken erstellen, sind privatrechtliche Zusammenschlüsse, also von Profit orientierten NGOs (Nichtregierungsorganisationen).
- Ganze Staaten sind als Organisationen jeglicher Art und Größe mit umfasst.
- **Die erklärten höchsten Ziele sind nun "Werte" und nicht mehr die Würde des Menschen. (wohlgemerkt Werte, die nicht einmal ethisch sein müssen, sondern**

26 vollständig inkl. Anlagen zu finden: https://leak6.de/biblio/AG-Weimar%206_OWi-523_Js_202518-2020.pdf

ebenso gut von pekuniärer Natur sein können).

Weiter definiert die Norm **DIN EN 31000** (**Anlage B205**) unter Punkt 3.3 - 3.5 die Begrifflichkeiten:

- **Stakeholder** als Person oder Organisation, die eine Entscheidung oder Aktivität beeinflussen kann, von dieser beeinflusst werden kann oder den Eindruck haben kann, davon beeinflusst zu werden - Es darf auch der Begriff "interessierter Kreis" (im Englischen in **ISO 22301** unter Punkt 3.15 der "preferred term: **interested party**").
- **Risikoquelle** als Risikoursache, Element, das alleine oder gemeinsam mit andere n Faktoren potenziell zu Risiken führt
- **Ereignis** als Eintritt oder Veränderung einer bestimmten Kombination von Umständen

Brisant am Begriff Stakeholder ist, dass die "interessierte Parteien" nicht nur die potentiell (Schutz-)Anspruchsberechtigten umfasst, sondern auch potentielle Profiteure von Krisen! Schließlich erklärt diese Norm im Nationalen Vorwort:

> "a) Diese Internationale Norm kann für jegliche Art von Risiko von Organisationen angewendet werden, seien die Auswirkungen **positiv** oder negativ."

ISO 22395 (**Anlage B206**) spricht in seiner "Introduction" sogar:

- "This document emphasizes capacity building and community resilience. It recognizes that **vulnerable**
  persons and their representatives are **key stakeholders** and planning partners."

  Auf deutsch übersetzt: "Dieses Dokument betont den Aufbau von Kapazitäten und die Resilienz der Gemeinschaft. Es erkennt an, dass diese verwundbaren Personen und ihre Vertreter wichtige Stakeholder und Planungspartner sind."

Sowie unter Punkt 4.5 (Establishing information sharing arrangements) von:

- "The organization should **identify the stakeholder relationships** (e.g. with the local emergency management organizations) **needed to effectively share information** for the support of vulnerable persons in an emergency,"

  Auf deutsch übersetzt: "die Beziehungen zu Interessenvertretern (i.d.R. mit den lokalen Notfallmanagementorganisationen) auszumachen, die erforderlich sind, um effektiv Informationen zur Unterstützung der in einem Notfall gefährdeten Personen auszutauschen,"
- "**identify how, when and what information can be shared** about vulnerable persons with stakeholders within an applicable privacy protection framework, and ..."

  Auf deutsch übersetzt: "ermitteln, wie, wann und welche Informationen über schutzbedürftige Personen innerhalb eines geltenden Datenschutzrahmens mit Interessengruppen geteilt werden können, und ..."
- "**share the information with stakeholders** who need to consider vulnerable persons when they conduct their work (e.g. local partners in emergency management)."

  Auf deutsch übersetzt: "Die Informationen mit Stakeholdern zu teilen, die bei ihrer Arbeit schutzbedürftige Personen berücksichtigen müssen (i.d.R. lokale Partner im Notfallmanagement)."

Die Beziehungen der vulnerablen Gruppen und der Informationsfluss zu ihnen und zurück sind zu erforschen und zu organisieren. - Natürlich zum Zwecke der Ziele, also nicht der Würde sondern der (in böser Lesart: ganz oder teilweise abluchsbaren) Werte, die von den Stakeholdern gehaltenen Ansprüche.

2.7 Keinerlei nachweisliche Tauglichkeit der Eindämmungs-Anordnungen

Der Gesetzgeber verfiel auf eine Unsumme von Anordnungen, angefangen bei Abstands- und und Hygiene-Regeln, über Abschottungen, Lockdowns und der Nachverfolgung Infizierter. Während wir zu Beginn der angeblichen Pandemie – auf viele in der Weltkarte eingetragene rote Punkte starrend – noch hofften, die aus China stammende Seuche könne über geeignete Einreisebeschränkungen vom eigenen Land fern gehalten werden, wurde doch bald schon klar, dass sich die Verbreitung des Virus überhaupt nicht verhindern lies. Weder irgend ein Land der Welt noch irgend ein Bundesland Deutschlands konnte sich des Einzugs der roten Punkte erwehren.

Zu der Behauptung einer exponentiell wachsenden Schadensausweitung muss man denknotwendig auch die Tauglichkeit von Maßnahmen auf logarithmischer Skala abbilden. War es zu Beginn nicht gelungen, Infizierte im 1- oder 2- stelligen Bereich ausfindig zu machen und die 'Fallzahlen' unter das 3- und 4 Stellige zu halten, so würde – wenn denn das Narrativ der Wehrlosigkeit der Immunabwehr stimmen sollte – die Weiterverbreitung in gleichen Zeiträumen um jeweils die **nächste 10er-Potenz** um sich greifen.

Doch dass die zu bekämpfende Lage nicht dem verbreiteten Narrativ entspricht bewies bereits der vor Beginn der ersten Maßnahmen im Frühjahr 2020 unter eins gesunkene so genannte 'R-Wert'.

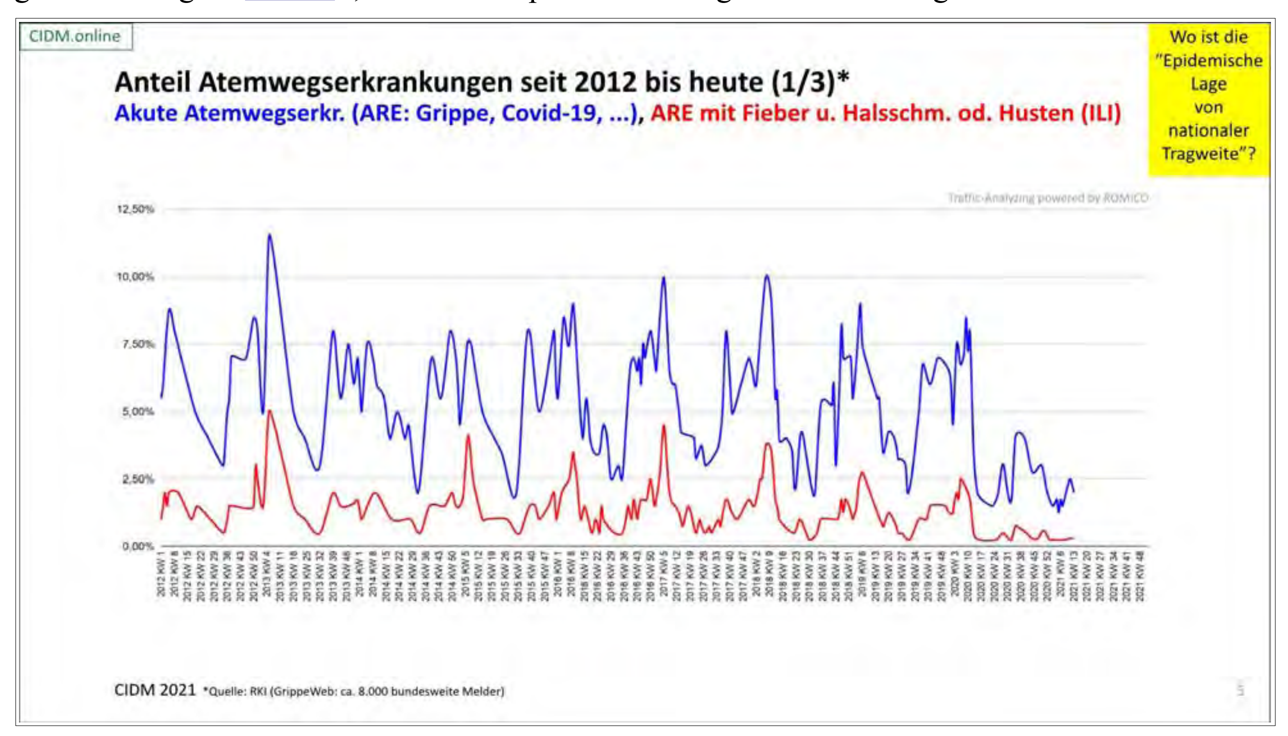
Mittlerweile wird bezüglich des Ausbreitungsgeschehens überall von 'Wellen' gesprochen, ohne jedoch auch nur ansatzweise über die

**Gründe des Abweichens von
Wellenform und Exponentialfunktion**

nachzudenken! Viele Monate vor Einführung der als Heilsbringer gepriesenen Impfungen musste es schon passende Antworten der Immunsysteme der Menschen geben, während aber Corona-Viren genauso wie Grippe Viren immer schon (i. d. R. zum harmloseren) mutierten, die sich mit der Impfstoffentwicklung seit deren Einführung ein stetiges Hase-und-Igel-Rennen liefern. Sogar die Vogelgrippe mit ihrer weit über 10-fach höheren IFR (Infection Fatality Rate, Sterberate bei Infektion) wurde ohne den Einsatz von Impfungen überwunden, weil sie von selbst 'von der Bildfläche weg' mutierte.

3 Zur Lage der Nation:

Die **Corona-Initiative Deutscher Mittelstand** stellt die Atemwegserkrankungen von 2012 bis heute anteilig dar und fragt in Folie 5[27], "wo ist die epidemische Lage nationaler Tragweite?"



Unter Corona wird jeder gesunde Mensch zum potentiellen Gefährder erklärt und damit **zum bloßen Objekt** staatlichen Handelns herabgewürdigt. Der Rechtsstaat

- erklärt, dass er genug über die Krankheit und ihre Verbreitung wisse, obwohl es trotz ausgelobten Preisgeldes von 1,5 Mio (**Anlage B301**) bis heute **kein Isolat** (was allerdings viel mehr für den nachhaltig verweigerten Wissenschaftsdialog als gegen die Existenz eines isolierbaren Virus spricht) gibt
- und sagt, dass ein Mensch **schon auf Abstand für jedermann gefährlich** sei,
- dringt tief in ihn ein um einen bloßen Verdacht (**Nukleinsäureschnipsel**) zu belegen,
- weist die Möglichkeit der symptomlosen Weitergabe nicht einmal statistisch nach und
- tritt auch nicht gegenteiligen Studien, wie z. B. der in der Nature erschienenen Wuhanstudie (**Anlage B302**) entgegen, welche aus knapp 10 Mio Teilnehmern per Tracking-App 1174 asymptomatische Kontakte ermittelte, die 0 neue Positivfälle nach sich zogen,
- während aber die WHO im Juni 2020 ihre Position bereits revidieren konnte und
- uns von den Gesundheitsämtern über Weihnachten 2020 und Weihnachten 2021 nur unzuverlässige Zahlen geliefert wurden, weil man ja auch in der größten Pandemie aller Zeiten nicht auf Weihnachtsurlaub verzichtet.

Am 14.10.2020 veröffentlichte die **WHO** eine von **John P A Ioannidis** betriebene Metastudie über die so genannte "Infection fatality rate of COVID-19"[28]

Die "Infection fatality rate of COVID-19" (IFR) ist die entscheidende statistische Größe zur Einschätzung der Tötlichkeit einer Seuche: Mit welcher Wahrscheinlichkeit sterben die Menschen, bei denen es misslangt, sie vor einer Infektion zu bewahren?

Diese Metastudie (also zusammenfassende Auswertung anderer Studien auf höherer Ebene) umfasste 61 Studien, 74 Schätzungen und acht vorläufige nationalen Schätzungen und war somit die wahrscheinlich

27 Folie 5 des Foliensatzes der CIDM: https://sites.google.com/view/cidm-online/cidm-folien-komplett
28 https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf

beste damalige Erkenntnisquelle überhaupt. Ihre Ergebnisse:

- Die Schätzungen der Seroprävalenz lagen zwischen 0,02% und 53,40%.
- Die Sterblichkeitsrate bei Infektionen lag zwischen 0,00% und 1,63%, die korrigierten Werte zwischen 0,00% und 1,54%.
- An 51 Standorten betrug die mittlere Todesrate bei COVID-19-Infektionen 0,27% (korrigiert 0,23%):
- Die Rate betrug 0,09% an Standorten, an denen die Sterblichkeitsrate der COVID-19-Bevölkerung unter dem globalen Durchschnitt lag (<118 Todesfälle / Million),
- 0,20%. an Orten mit 118–500 COVID-19-Todesfällen / Million Menschen und
- 0,57% an Orten mit> 500 COVID-19-Todesfällen / Million Menschen.
- Bei Menschen <70 Jahre lag die Sterblichkeitsrate bei Infektionen zwischen 0,00% und 0,31% mit rohen und korrigierten Medianwerten von 0,05%.

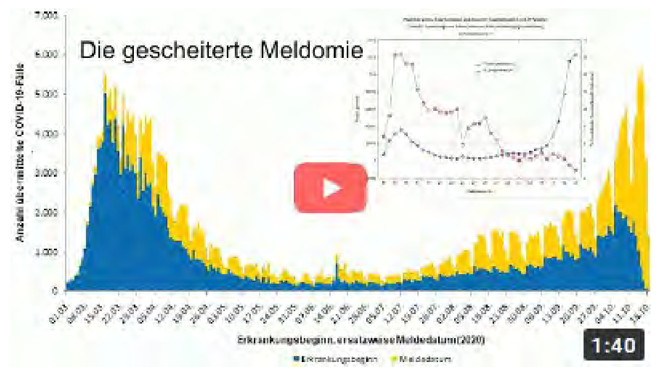
Nach diesem war mit Fug und Recht klar, die Gefährlichkeit von COVID-19 war insgesamt ähnlich einer milden Grippe!

3.1 Selbstwiderlegung der Pandemischen Lage Nationaler Tragweite

Jedermann, dem das angeblich nahezu Schlimmste Denkbare überhaupt widerfuhr - eine symptomatisch bemerkbare Infektion – gilt nach 10 Tagen (Stand 02/2022) Quarantäne ohne jede Behandlung und ohne jeden weiteren Nachweis als frei. Nach 24 Monaten angeblicher Pandemie und seinen untauglichen Maßnahmen zur Eindämmung, der milderen Delta-Variante und der nochmals milderen Omikron-Variante dürfte das natürliche Virus ohnehin nur noch wenige Todesopfer verursachen können, die ja nach statistischen Analysen und Obduktionsergebnissen (**Prof. Püschel, Hamburg**) zum Sterben nahezu immer auch erhebliche Co-Morbiditäten aufweisen mussten.

Wenn nun Jedermann mit 10 Tagen Urlaub die Nationale Bedrohung für sich selbst abzuwenden vermag, dann kann nicht das ganze Land vor dem Untergang stehen (außer natürlich vor dem selbstgemachten)!

Nicht Pandemie, sondern Meldomie[29]!



Ebenso selbst widerlegen sich die vom RKI veröffentlichten zahlen: Regelmäßig erkranken viel mehr Gemeldete, weil sie in der Zwangsquarantäne einen Krankenschein benötigen, als dass - wie man es bei einer 'echten' Pandemie erwarten würde - Menschen wegen ihres Erkrankens gemeldet werden. Die Methode der Rückverfolgung der Infektionsketten verlangt zwar, auch die 'nur' Ansteckungsverdächtigen zu isolieren, gescheitert ist diese Methode aber sowohl in China (Kap. 3.6.6) wie in Deutschland - angesichts der aktuellen Fallzahl: 22.441.051 (siehe Kap. 4.3!) allemal.

3.2 Gerichtlich aberkannte Nationale Tragweite der Pandemie

Das schon zitierte, mit Anlagen 756 Seiten umfassende Weimaer Urteil **6 OWi - 523 Js 202518/20**[30] vom 11.01.2021 (gekürzt in **Anlage B204**) führt auf Seite 7 aus,

> "Es gab keine 'epidemische Lage von nationaler Tragweite' (§ 5 Abs. 1 IfSG {https://dejure.org/gesetze/IfSG/5.html}), wenngleich dies der Bundestag mit Wirkung ab 28.03.2020 festgestellt hat."

29 https://youtu.be/lknOyqHp6rg
30 vollständig inkl. Anlagen zu finden: https://leak6.de/biblio/AG-Weimar%206_OWi-523_Js_202518-2020.pdf

3.3 Gerichtlich aberkannte Maskenpflicht

Der Beschluss des AG Weilheim i. OB **2 F 192/21**[31] vom 13.04.2021 (**Anlage B303**) erkannte unter

Rn. 130: "Das deutsche Robert Koch-Institut ist ... gegenüber der Bundesregierung bzw. dem Bundesgesundheitsminister weisungsgebunden. Es ist die Nachfolgeorganisation des ... aufgelösten Bundesgesundheitsamtes. … Da das Institut nicht unabhängig ist, können die Gerichte im Rahmen der gebotenen Sachverhaltsaufklärung nicht allein auf dessen Einschätzung zurückgreifen."

Rn. 131: "Nach offiziellen Verlautbarungen der WHO ist der PCR-Test, auf dem die Inzidenzzahlen im wesentlichen beruhen, kein geeignetes Mittel, um eine Krankheit oder einen Ansteckungsverdacht festzustellen."

Rn. 154: "Für die normale Bevölkerung besteht weder im öffentlichen noch im privaten Bereich ein Infektionsrisiko, das durch das Tragen von Gesichtsmasken (oder anderen Maßnahmen) gesenkt werden könnte."

Rn. 165: "Das RKI hat aber Ergebnisse aus zuvor (also vor Erscheinen des RKI-Beitrags) publizierten Kontakt-Tracing-Untersuchungen, aus denen realistischere Angaben ermittelt wurden, weggelassen. Das ist **mit den Grundsätzen wissenschaftlichen Arbeitens nicht vereinbar**, und damit berücksichtigt

das RKI nicht den für alle Behörden etc. in § 1 (2) IfSG formulierten Auftrag,

'entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen und epidemiologischen Wissenschaft ...' zu arbeiten."

Rn. 173+174: "**Obwohl die WHO** auch in der aktuellsten Stellungnahme vom Dezember 2020 (im Übrigen wie zuvor im Juni 2020) ausdrücklich **feststellt, dass die wissenschaftlichen Belege**, die für eine Effektivität von Masken in der Öffentlichkeit bei der Prävention respiratorischer Infektionen (einschließlich durch SARS-CoV-2) sprechen, zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur begrenzt und **noch dazu widersprüchlich sind**, spricht sie dennoch eine Empfehlung für Masken in bestimmten epidemiologischen Situationen für die normale Bevölkerung aus.

Bei der Masken-Empfehlung der WHO handelt es sich also nicht um eine wissenschaftlich begründete Empfehlung.

Ob tatsächlich politisches Lobbying dahinter stand, muss hier nicht diskutiert werden, aber es muss festgehalten werden, dass die WHO als wissenschaftliche Gesundheitsbehörde der UNO für die gesamte Welt ihre Maskenempfehlung gerade nicht auf einer wissenschaftlichen Basis getroffen hat."

Rn. 190: "Es gibt zahlreiche Beispiele aus anderen Ländern, wo, wie z.B. in Spanien, trotz strengster Maskenpflicht zwischen Juli und Ende Oktober 2020 die Fallzahlen der positiv getesteten Personen extrem anstiegen, während sie in Schweden ohne Maskenpflicht im selben Zeitraum deutlich niedriger waren. … auffällig ist, dass sich in keinem der Länder ein Effekt der Maskenpflicht auf die Fallzahlen zeigte."

Rn. 214: "Eine verfassungsrechtliche Handlungspflicht zum Schutz der Allgemeinheit gegen Covid-19 könnte deshalb nur dann angenommen werden, wenn die von der Epidemie ausgehenden Risiken derart groß wären, dass ohne staatliche Maßnahmen entweder die Existenzgrundlagen des Gemeinwesens oder der Gesamtheit der in diesem Gemeinwesen organisierten Menschen auf dem Spiel stünden. Davon kann in Bezug auf Covid-19 keine Rede sein."

Rn. 222: "Die Anordnung der Maskenpflicht an Schulen gem. § 18 Abs. 2 der Bayerischen Infektionsschutzverordnung ist daher verfassungswidrig und damit nichtig."

---

31 auch online: https://leak6.de/biblio/AG-Weilheim%202_F_192-2021%20keine_Masken_in_Schulen.pdf

3.4 Willkür in jedem Detail

Nach den – zum Abbau des Föderalismus im April 2021 aus 48 Quellen zusammen getragenen - Erkenntnissen des Autors beruht die staatlich selbst erteilte Eingriffsbefugnis auf einer in 8 Hinsichten krass willkürlich berechneten und gewürdigten so genannten Inzidenz (**Anlage B304**[32]):

1. **Manipulierte Medizintheorie:** Kein Isolat, Kochsche Postulate unerfüllt, umdefinierte Begriffe: Pandemie und Herdenimmunität.
2. **Untauglicher Drosten-PCR-Test:** von internationalen Wissenschaftlern in 10 Punkten als unhaltbar kritisiert.
3. **Fehlende sachliche Abgrenzung:** 'an oder mit Corona' Infektions- u. Todesfälle ohne Begleitumstände wie z. B. Symptome.
4. **Nicht berücksichtigter Testumfang:** Dunkelziffer bleibt verdunkelt, Hochrechnung auf die Bevölkerung fehlt.
5. **Fehlende personelle Abgrenzung:** Mehrfachtests der selben Personen werden nicht herausgerechnet.
6. **Fehlende zeitliche Abgrenzung:** In die sog. '7-Tages-Inzidenz' fließen z. T. uralte Daten ein.
7. **Bewirkte Verschlimmerung:** Unter der erzeugten Panik war die Behandlung nicht selten suboptimal, (z. B. viel zu frühe Druckbeatmung).
8. **Willkürlich festgelegter Grenzwert:** keine Berücksichtigung der tatsächlichen Belastungssituation des Gesundheitssystems.

Willkürlich muss auch die später vorgenommene Verkürzung des Genesenenstatus von 6 auf 3 Monate erscheinen. Empörend war am 26.01.2022 (siehe **Anlage B305**!) vor allem die längst beseitigte Ungleichbehandlung von Abgeordneten mit den übrigen Bürgern.

Willkürlich und sachwidrig ist aber die Konstruktion, dass

Genesene, welche nachweislich eine Originalbedrohung besiegt haben,
schlechter gestellt werden,
als **Geboosterte, die nur mit dem Glauben an eine richtig eingestellte Booster-Rezeptur**
in Wahrheit als ungefährlich erscheinen können.

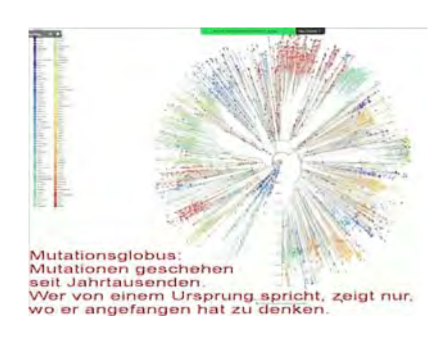
Nach diesem dürfte der Politik jeglicher Realitätsbezug verloren gegangen sein, während sie außerdem die Gefährlichkeit biotechnologischer Genexperimente weder im Auge hat, noch thematisiert oder gar eindämmt, sondern als Heilsbringer verkauft.

32 einzeln online: https://leak6.de/Die_8x-willkuerliche_Inzidenz.pdf

3.5 Böse Parallelen der Halt- und Maßlosigkeit

Politik Spezial - Stimme der Vernunft zeigten am 21.01.2022 die **Aufzeichnung eines Teledialoges**[33], wie Olaf Scholz (Bundeskanzler) vor Klaus Schwab (führender Kopf der Superreichen) seinen **Kotau**[34] machte. Mit Unterwürfigkeit verkündete er stolz, dass "Deutschland bereits der zweitgrößte Spender der Impfcampagne ist" und – anstatt die Sprache einmal auf Steuern für die stattlichen Gewinne zu bringen - gelobte er auch die künftige finanzielle Unterstützung von BIG-PHARMA. Weiter betete er auch der seinen festen Glaube an das etablierte Narrativ ein weiteres Mal vor. Das Credo lautet nun:

> "**COVAX** soll 70 % der Weltbevölkerung erreichen, damit uns die Buchstaben des griechischen Alphabetes nicht ausgehen."


Mutationsglobus:
Mutationen geschehen seit Jahrtausenden.
Wer von einem Ursprung spricht, zeigt nur, wo er angefangen hat zu denken.

Nur mit **COVAX** sollen wir also in der Lage sein, das permanente Mutieren der Viren (siehe **Anlage B306**!) ein für alle Mal zu beenden. Dies aber kann nur möglich sein, wenn das per sé instabile Virus vollständig eradiziert ist, denn **wenn auch nur ein Virenstamm überlebt**, gehen ja die Mutationen von diesem Ausgangspunkt munter weiter.

COVAX ist also der Name der neuen "Endlösung"!

und es drängt sich auf, Denkverbote bezüglich bezüglich des nicht stimmigen Narratives zu hinterfragen – und zwar auch mit Beachtung der historisch bekannten angeblichen 'Endlösungen'. Immerhin reicht die Gentechnik bis hin zu absolut kontrollfreien, **zeitlich programmierbaren rassistischen genetischen Schlüsseln**[35]!

Karl Lauterbach (Gesundheitsminister) **sagte am 18.02.2022**[36],

> dass für "ganz konservativ gemessen: … mehr als 2% der Bevölkerung … die Impfung nicht ausreichend wirkt … und für diese Leute die Pandemie nicht mit der Impfung endet … und gerade deshalb **wir** nicht zur Normalität zurückkehren können", sondern "in Zeiträumen von 10-Jahren denken" müssen.

Weiter sagte er **hier**[37],

> "Ohne Übertreibung: Wir kommen jetzt in eine Phase hinein, wo der Ausnahmezustand (also die Katastrophe) die Normalität sein wird, wir werden also immer im Ausnahmezustand sein."

Bill Gates hingegen sagte (**Anlage B307**) gleichen Tages auf der Münchener Sicherheitskonferenz,

> "dass die Omikron-Variante in der Corona-Pandemie „bessere Arbeit“ geleistet habe als die Impfung."

Gänzlich frei von Logik der Grünen-Gesundheitspolitiker **Dahmen** (ebenda):

> "Eine dauerhafte Rückkehr zur Freiheit gibt es nur mit der Impfpflicht"

Schon **Angela Merkel** war eine brave Pharma-Vertreterin (damals Bundeskanzlerin) und **propagierte die selbe "Endlösung"**[38],

> "Aber es gibt in dem Ganzen auch politische "**Grunsch**-Entscheidungen (Mischung aus Grund und Wunsch)", die haben mit Wissenschaft nichts zu tun … ich habe es auch in meinem Beitrag deutlich gemacht, dass dass die Pandemie erst besiegt ist, wenn alle Menschen auf der Welt geimpft sind, …"

Die Bundesregierung **bestellt für Deutschland rund 554 Millionen Impfdosen**[39] - was rund 7 weitere Impfdosen je zur Impfung fähigen Bürger bedeutet – während schon an die vierte kaum mehr jemand glauben mag.

33 https://youtu.be/3gFxhLVLU9I
34 https://de.wikipedia.org/wiki/Kotau
35 https://apolut.net/biowaffenlabore-in-der-ukraine-von-markus-fiedler/
36 https://youtu.be/SjhOMRYLnBQ
37 https://youtu.be/EgEwyLA5hgw
38 https://leak6.de/yt-reuploads/2021-02-23%20Mutti_mutante.mp4
39 https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-878074

3.6 Zustand von Demokratie und Rechtsstaat

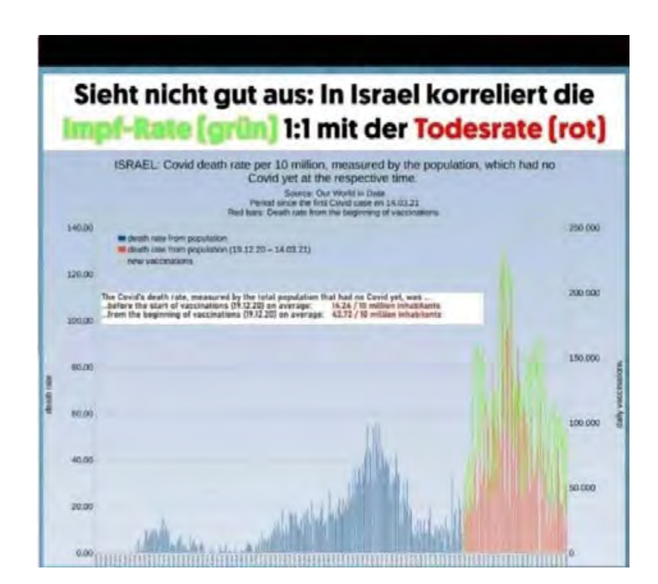
3.6.1 Keine Gewaltentrennung

Art. 20 (2) GG verlangt "besondere Organe der Gesetzgebung, der vollziehenden Gewalt und der Rechtsprechung". Diesem Wortlaut zufolge müssen die Organe der Staatsgewalt getrennt voneinander – **nicht lediglich geteilt** – betrieben werden, also "**sonders**" Einflussnahme durch Budgetierungen, Personalunion, Weisungsgebundenheit (insbesondere der Staatsanwaltschaften sowie der Institute wie RKI, Paul-Ehrlich-Institut, Leopoldina, ...) und dergleichen (Richterwahlausschüsse).

Die Rechtsprechung ist von den Haushaltsplänen der Exekutive so unabhängig,
wie ein Formel-1-Motor vom Gaspedal.

3.6.2 Nahezu kein Einfluss durch Wahlen und Abstimmungen

- Als wir grün wählten, bekamen wir in Jugoslawien den ersten Bundeswehr-Auslandseinsatz der Nachkriegszeit,
- als wir rot wählten, bekamen wir HARTZ-IV und die Agenda 2010,
- als wir schwarz wählten, bekamen wir die Energiewende und
- Abstimmungen finden (fast) überhaupt nicht statt.



3.6.3 Wissenschaftsprostitution, die Einstiegsdroge für den globalen Wissenschaftsbetrug

Nach **Art. 5 GG** sind "Kunst und Wissenschaft, Forschung und Lehre frei". Seit Freigabe des Einsatzes von Drittmitteln an den Universitäten und anderen Hochschulen kauft sich das Interesse des sehr gut vernetzten Großkapitals selbstverständlich auch in der Wissenschaft ein (siehe **Anlage B308**!).

Die Methodik der wirkenden Mechanismen:

Prof. em. Günter Ropohl legte schon 2010 (**Anlage B309**)[40] an drei Beispielen die inneren Mechanismen der von ihm so genannten "Mentalen Prostitution" dar. Er beklagt, die Einflussnahme "gewisser Dritter" erfolge "aus irgendwelchen Gründen" und bewirke die "strukturelle Käuflichkeit der Wissenschaft" über zahlreiche Zwänge, wie:

- Vernetzungszwang,
- Legitimierungszwang,
- Akquirierungszwang,
- den Zwang schon im Voraus [die wahrscheinlichen] Forschungsergebnisse zuzusagen sowie
- den Verifikationszwang.

Schließlich resümiert er:

> "Man darf nicht länger einem blinden Aktionismus verfallen, bloß weil eine zufällig einflussreiche Wissenschaftlerlobby irgendwelche Katastrophenszenarien an die Wand malt. Angesichts offenkundiger Meinungsverschiedenheiten in der Wissenschaft kann sich die Politik nicht auf die "**Einschätzungsprärogative**" berufen, hier willkürlich Partei zu ergreifen. Und das Bundesverfassungsgericht müsste, statt solcher Willkür freien Lauf zu lassen, feststellen, dass es grundgesetzwidrig ist, wenn die Politik mit einem derartigen Präjudiz in den wissenschaftlichen Meinungsstreit eingreift."

40 https://www.novo-argumente.com/artikel/print_novo105_40

Die Täuschung:

Tatsächlich erfolgte ein massiver Wissenschaftsbetrug mindestens seit der Einführung des Drosten-PCR-Tests Anfang 2020.

Dieser (und weitere) werden nicht von den dazu berufenen Stellen aufgeklärt, sondern von altruistisch motivierten Bürgern.

Eine wachsende Gemeinde kritischer Geister eruiert mit gewaltiger Recherchemacht ein Wissen, das Big-Pharma, den meisten Regierungen und nicht zuletzt Youtube sehr missliebig ist. Dennoch verbreitet sich dieses Wissen unaufhaltsam, maßgeblich über soziale Medien und es sucht sich - allen Löschversuchen zum Trotz - immer wieder neue Ausweichmechanismen. Beispielsweise bringt der Reuploader "_Napfkuchen_LE_" ein **Interview**[41] von **Dave Brych** mit **Dr. Reiner Füllmich** vom privat initiierten **Corona-Untersuchungsausschuss**[42] mit dem Titel "Wissenschaftsbetrug und Korruption? Der Fall Drosten …"

Der wegen seiner vielen unliebsamen Verlautbarungen inzwischen "aus dem Land gejagte" **Dr. Bodo Schiffmann** **erklärte am 21.07.2020**[43]:

> "Wir haben hier eine Erkrankung, von der wir schon sehr früh wussten - und zwar genau wussten, wie viele Menschen in welcher Altersgruppe hier gefährdet sind. Wir haben … 5 abgeschlossene Populationen zur Verfügung, die wir studieren konnten:
>
> > ein Kreuzfahrtschiff,
> > ein Gefängnis,
> > zwei Flugzeugträger und
> > in Heinsberg und wussten von Anfang an, wie wenig gefährlich Covid-19 ist.
>
> und was machen wir? Wir lassen uns einen Mundschutz aufdrängen."

41 https://youtu.be/XKKwmv-Rzac
42 https://corona-ausschuss.de/
43 bei Minute (3:00) in https://leak6.de/yt-reuploads/2020-07-21%20K0p7_vIy_hM%20GD-TV-Bodo_Schiffmann_in_Heilbronn-Diese_Regierung_muss_weg.mp4

Die Heinsberg-Studie wiederum wies mit ihrer ersten Vorabveröffentlichung (**Anlage B310**) vom 09.04.2020 aus:

> "Die Letalität (case fatality rate) bezogen auf die Gesamtzahl der Infizierten in der Gemeinde Gangelt beträgt mit den vorläufigen Daten aus dieser Studie ca. 0,37 %."

Ab diesem Tag konnte man also wissen, dass die Gefährlichkeit dieser Pandemie 5x niedriger als von der WHO für Deutschland vorhergesagt und lediglich im für Grippe üblichen Bereich liegt. Fortan wurde aber alles getan, um die Bevölkerung in Angst und Schrecken zu halten und den Interessen der Pharma-Industrie gerecht zu werden.

Am 15.11.2020 erschien immerhin im Nature die mächtige **Wuhan-Studie** (**Anlage B311**), welche nach strengen Maßnahmen (23.01.2020-08.04.2020) vom 14.05.2020 bis zum 01.06.2020 ein stadtweites (9.899.828 Teilnehmer) SARS-CoV-2-Nukleinsäure-Screening-Programm durchführte und ergab:

- es wurden (ohne Impfung) keine neuen symptomatischen Fälle identifiziert,
- es wurden 300 asymptomatische Fälle (Erkennungsrate 0,303/10.000, 95% CI 0,270–0,339/10.000) identifiziert,
- auch nach 1.174 engen Kontakten der asymptomatischer Fälle gab es keine positiven Tests,
- 107 von 34.424 zuvor genesenen COVID-19-Patienten wurden erneut positiv getestet (Repositivrate 0,31 %, 95 %-KI 0,423–0,574 %).

Diese Studie belegt bereits, dass die Krankheitswelle aus ausschließlich Menschen eigener immunologischer Abwehrkraft vollständig überwunden werden kann und dass es keine asymptomatische Weitergabe gibt!

Der Schaden:

Am 06.03.2022 berichtete[44] **Marc Friedrich** darüber, dass die einzige Studie auf deren Grundlage die Impfung zugelassen wurde bis 2097 unter Verschluss bleiben sollten und in derselben

unter 42.000 Probanten (inklusive Placebos) 1.223 "mit oder an" Corona verstorben waren!

Unser-Mitteleuropa.com hatte schon am 20.01.2022 berichtet (**Anlage B312**)[45], dass diese Studie unter ungeborenen Kindern bei Schwangeren

eine fast 100-prozentige Todesrate (!)

aufweist.

Allein die Studienliste der Klagepaten der Impf-Nebenwirkungen umfasst hingegen mit Stand 19.01.2022 (**Anlage B313**) **1014 Einträge**!

Die Nebenwirkungen dieser vielen Studien haben aber nicht allein akademischen Wert, sondern schlagen auf tatsächlicher Ebene auf das Wohl der Menschen im Lande voll durch. Der Datenanalyst **Tom Lausen** **beklagte vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages**[46]:

- etwa 100 mal mehr Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, als vor der Impfung,
- 23.000 schwerwiegende Impfnebenwirkungen zzgl.
- 3.000 Fälle auf der Intensivstation sowie
- 282 Verstorbene.

Am 21.02.2022 verfasste der Vorstand der BKK-Provita Krankenkasse **Andreas Schöfbeck** ein

"Heftiges Warnsignal bei codierten Impfnebenwirkungen nach Corona Impfung"

(**Anlage B314**) und rechnete darin auf das Gesamtjahr und ganz Deutschland hoch, dass

- dann "vermutlich **2,5-3 Millionen Menschen in Deutschland** wegen Impfnebenwirkungen nach Corona Impfung in ärztlicher Behandlung gewesen" sein werden!

Die Reaktion auf diese Warnung an die zuständige Stelle war allerdings nicht irgend ein Umdenken, sondern die fristlose Entlassung Schöfbecks am Dienstag den 01.03.2022 (**Anlage B315**).

Israel, für die "**Impfmitteldurchseuchung**" in einer Vorreiter-Rolle, lieferte auch als erstes (schon ca. Q1-2021) breite empirische Daten der Tödlichkeit der Impfungen.

Schließlich bringen **Corona-Solution** in ihrem **Risiko-Warnbrief Nr. 8**[47] (**Anlage B316**) vom 14.03.2022 u. a. die Punkte:

- Geimpfte Jugendliche (10-19 J.) starben öfters als Ungeimpfte,
- Geimpfte Erwachsene und Rentner starben häufiger als Ungeimpfte!
- Geboosterte infizierten sich bis zu dreimal so häufig wie Ungeimpfte!

Doch nicht genug damit, dass von einem Impfparadoxon gesprochen werden muss[48] - nein: Die Nebenwirkungen treten teils sehr ungleichmäßig auf.

---

44 https://youtu.be/kAbrYeboN9M?t=707
45 https://unser-mitteleuropa.com/schock-enthuellung-bei-pfizer-impfstoffstudien-fast-100-prozentige-todesrate-unter-ungeborenen-kindern-bei-schwangeren/
46 lt. BKK-Krankenkassendaten Q1 bis ½Q3-2022 zzgl. InEK-Daten: https://youtu.be/OmDHAm5mDW8?t=240
47 https://www.corona-solution.com/downloads/Risiko-Warn-Brief__08-3.pdf
48 **Kuhbandner**: Impftoten-Korrelation https://t.me/RA_Ludwig/4683

Dabei begannen "Todesfälle nach der Impfung" schon seit Januar 2021 an, sich punktuell zu häufen.[49]



So hat der Seniorenwohnpark Uhldingen-Mühlhofen nach einer Impfaktion gleich

- 13 verstorbene Senioren[50] -



verbunden mit einer mangelhaften Aufklärung - zu beklagen.

In Norwegen forderte die Impfung laut den MuslimeFuerWahrheit[51] gleich

23 Impftote in Pflegeheim!

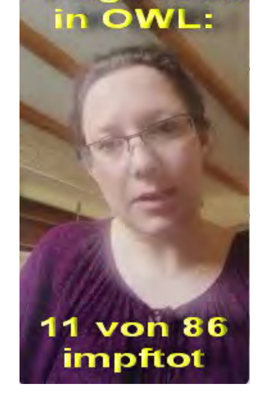
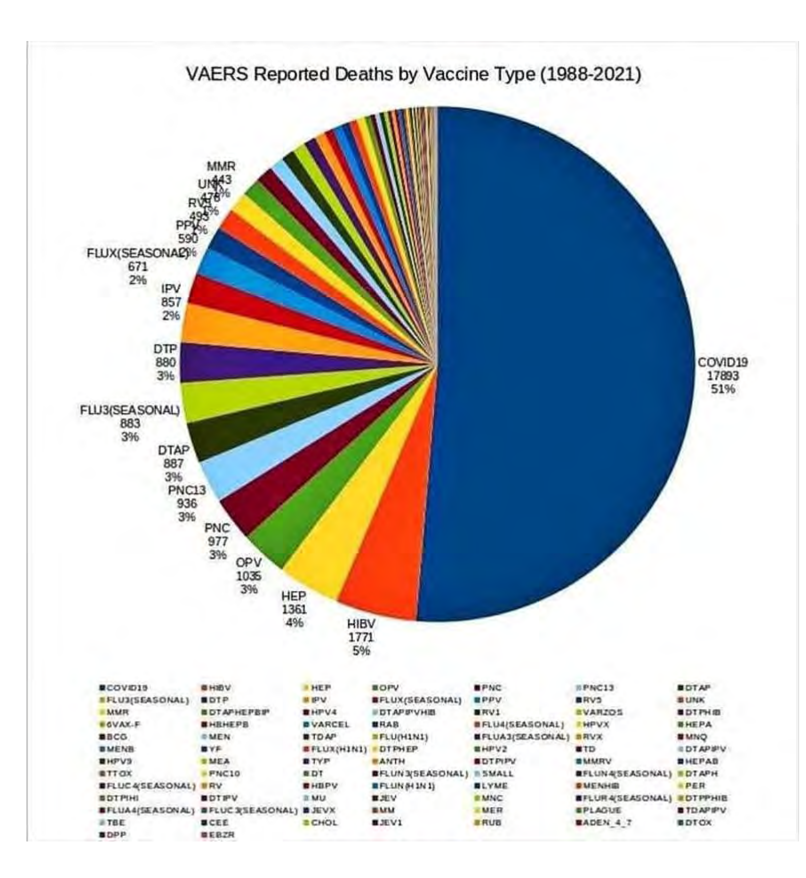


Bild beklagte am 19.02.2021[52] 16 Tote in einem Leipziger Pflegeheim, was fast jeder vierte Heiminsasse wäre. - Bis die Impfung kam habe das Heim nicht einmal einen 'Positiven' gehabt - in sehr fraglicher Nutzen unter den zu 90% Geimpften!



In Ostwestfalen wiederum wurden am 08.03.2021 nach der Impfung von 86 Insassen zunächst Corona-Positive deutlich zunahmen und am Ende 11 als tot zu beklagen waren[53].

Inzwischen wurde vom VEARS gemeldet, dass die Coronaimpfungen mehr Tote forderten, als die 33 Jahre zuvor an alle anderen Impfungen zusammen!

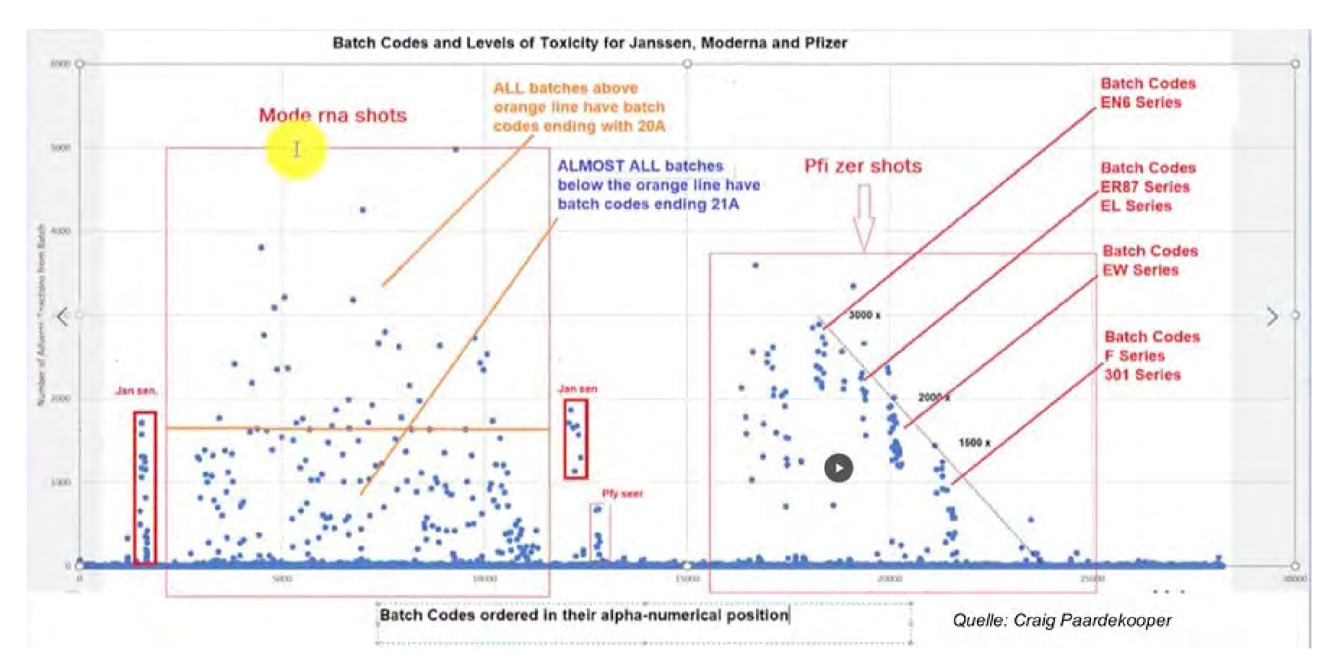
RAin Beate Bahner spricht von "23 mal mehr Todesfällen, ... als alle Impfungen in Deutschland in den letzten 21 Jahren zusammen." verursacht haben (Seite 30 in **Anlage B317**)[54].

49 https://t.me/verbindediepunkte/4962
50 https://rumble.com/embed/vbfv2n/?pub=4
51 https://t.me/MuslimeFuerWahrheit/1149
52 https://www.bild.de/regional/leipzig/leipzig-news/leipzig-trotz-impfung-16-tote-wie-kam-corona-in-dieses-heim-75447582.bild.html
53 https://leak6.de/yt-reuploads/2021-03-08%20t.me%20das_telegram_archiv%20578-Leak-Pflegeheimleitung.mp4
54 https://beatebahner.de/lib.medien/Rechtsgutachten%20RAin%20Bahner%20Strafbarkeit%20nach%2095%20AMG%20durch%20Impfung%2C%20korr.%2027.12.2021.pdf

Der ungleichmäßigen Verteilung der Nebenwirkungen wurde in den USA bis auf eine (vollkommen illegal) fehlende Kontinuität der Chargen auf den Grund gegangen.

Schon die Historie der beispielhaft angeführten Alten und Pflegeheime ergibt ja einerseits, dass auch diese als 'vulnerabel' erklärten Gruppen bis zur Impfung viel besser dran waren als bis zur Impfung und andererseits ist offenkundig, dass längst nicht alle Altenheime von derart schlimmen Schicksalen getroffen werden.

Dr. Mike Yeadon, ex-Vorstand von Pfizer (bis 2011) berichtete in **Sitzung 86**[55] des Corona-Ausschuss, dass einzelne Chargen - weit über technisch bedingte Fertigungstoleranzen hinaus - toxisch waren, nämlich z. B. bei Pfizer: **bis zu 3.000 x !**



BIG-Pharma spielte hier mit den Menschen längst nicht nur ein einfaches Russisch-Roulett. Vielmehr ist zu besorgen, dass sie auch die Überlegung anstellten, wann sie jemals wieder so viele empirische Erkenntnisse in so kurzer Zeit gewinnen könnten, wenn nicht jetzt, wo die ganze Welt in Angst und Schrecken verfallen ist. Und würde man - wie genehmigungstechnisch vorgeschrieben - mit immer derselben Rezeptur arbeiten, oder wenigstens nur auf den Spuren der natürlichen Mutationen variieren, so könnte man längst nicht so viele Erkenntnisse gewinnen, als unter skrupelloser Vorgehensweise! Immerhin muss auch das gewöhnliche wirtschaftliche Erfolgserleben der gesamten medizinischen Branche Berücksichtigung finden:

Ein geheilter Patient ist ein verlorener Kunde[56]!

erarbeitet sich hier mit ihren Rezepturen ein verbrecherisches Geheimwissen: Künftig können sie mit einer empirisch nachgewiesen, gut bekannten '**kalibrierten Tödlichkeit**' produzieren!

Hier darf nicht mehr nur von illegalen Genexperimenten mit als Versuchkaninchen missbrauchten Menschen gesprochen werden, sondern wegen der ersichtlichen Schadensabsicht, von der Erprobung von:

Biowaffen!

55 https://odysee.com/Mike-Sitzung-86-de:69403dc269d2f3b11577723aaf1f780709bdc4b9

56 untermauert von **Gerd Reuther**: https://odysee.com/@JasminKosubek:a/RadikaleMedizinkritik:7

Die aktive staatliche Beteiligung:



Der Staat hat mit seinem Personal meist deutlich mehr Skrupel, als die selbst die Rolle der Kriegsgewinnler wählende Big-Pharma. In Einzelfällen allerdings nicht, woraus die zwingende Lehre zu ziehen ist, dass **auch der Staat** – in Anlehnung an das '**Vater-unser**'[57] – **nicht in Versuchung geführt werden darf!** Der Versuchung des Machtmissbrauchs erlag man wohl in diesem Heim <**Wistleblower-Interview**>.



Jedem, der sich in Verantwortung sieht, ist es nur allzu recht, wenn er ein Chaos strukturieren kann, um sukkzessive (spielerisch) den (gewähnten) Erfolg der einzelnen (eigenen) Ideen zu erleben. Dem Menschen ist es jedenfalls eigen, Kontrolle zu gewinnen und zu behalten – und wenn alle brav mitmachen, scheint genau dieses am einfachsten möglich.

Die fehl geleiteten Politker schaffen es nicht (jedenfalls nicht mehrheitlich), der Recherchemacht und der Schwarm-Intelligenz des ganzen Volkes zu vertrauen. Für sie ist die freiwillige Machtbegrenzung eine politische Dummheit.

Tatsächlich ist Machtbegrenzung jedoch eine der wichtigsten Lehren aus den Erfahrungen des dritten Reiches.



Zwar ist die Grenze von Dummheit und Bosheit möglicherweise fließend, doch die Aufklärung von dritter Seite ist dem Betroffenen verständlicherweise unangenehm. Und so kommt es, dass sich Politiker an die Macht gewöhnen und sie sehr ungern – schon gar nicht gerne als Dummkopf oder reuiger Sünder - wieder abgeben. Der Machterhalt wird zum Selbstzweck und Top-down-Ansagen an die Polizeiführung die offensichtlich durchscheinende Regel.



Schon 1986 sagte **Franz-Joseph Strauß**:

> "Wer die Menschen verwirrt,
> wer sie ohne Grund in Unsicherheit,
> Aufregung und Furcht versetzt,
>
> betreibt **das Werk des Teufels**"[58]

57 https://www.bibleserver.com/Mt6,13
58 https://youtu.be/8JJpRwkoE-Q

Die Kollateralschäden:



Das ganze Land ist paralysiert, insbesondere wird Kindern ihr Selbstbewusstsein und damit auch ihr Selbstbestimmungsrecht genommen. Triage findet nicht in den Kliniken (s. u.) statt, sondern bei der Aufnahme psychiatrisch indizierter Notfälle.



Die Krise wird zum Selbst- und Dauerläufer. Die reichlich angebotenen Subventionen erhält nur der Mitmacher, dem ohne dieselben nicht selten der Ruin droht.

Die Vermögensvorteile:


20 Krankenhäuser wurden 2020 absichtlich geschlossen, um eine Intensivbetten-Notlage für Corona zu erzeugen. Und trotzdem bleiben die meisten Intensivbetten leer. Lügen, die alles übersteigen.

Die besorgter Weise knapp werdenden freien Betten auf den Intensivstationen wurden nur deshalb knapp, weil die Krankenhäuser die Gesamtzahl der Betten - durch Fehlanreize bedingt - abbauten.

Deutschlandweit

Gesamtzahl gemeldeter Intensivbetten (Betreibbare Betten und Notfallreserve)

Datum	Belegte -Betten	Freie -Betten	Gesamt - Betten	Abbau der Intensivbetten
01.05.2020	19.218	12.000	31.218	***********
01.08.2020	20.033	8.197	28.230	-2.988
31.12.2020	20.031	3.797	23.828	-4.402

Gesamtreduktion der Intensivbetten : vom 01.05.2020 - 31.12.2020 -7.390

Ein Intensivbettenabbau in der größten Pandemie von 7.390 Betten in 8 Monaten macht auf jeden Fall Sinn, wenn man die ÜBERBELASTUNGEN der Krankenhäuser erklären will.

Notfallbetten werden erst ab dem 03.08.2020 Aufgeführt, die gab es vorher nicht!!!!!!

03.08.2020	12.185	NOTFALLBETTEN
31.12.2020	10.473	NOTFALLBETTEN

**** sollte man mal drüber nachdenken ****

Quelle: wo jeder selbst nachschaiuen kann : https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen

DIVI Intensivregister

Ralf Wurzbacher beklagt gegenüber den **Nachdenkseiten** (**Anlage B318**)[59], deutsche Kliniken bekamen bereits für einen Sauerstoffanschluss **50.000 Euro** zusätzlich und dass der Bundesrechnungshof Bereicherung wittere!

Laut eines **Monitorberichtes**[60] verdienen Ärzte nun vor Steuern - statt der üblichen **90 €/Std.** nun **130-175 €/Std.** und machen pro Woche und Praxis einen Umsatz von bis zu **64.000 €**!

Zahnärzten gegenüber wurden von der Ärztekammer Prämien von **1.000€ je Monat** zzgl. **15€ je Test** ausgelobt (**Anlage B319**). Wie viel von diesen Profiten als Schweigegeld gewürdigt werden muss, wird man später noch bedenken müssen.



Wenigstens steigen nun, wo viele Impflinge mit Nebenwirkungen auffliegen, viele Ärzte (immerhin impfen nur noch 33.000 von ehemals 100.000!) aus dem Impfprogramm aus (**Anlage B320**[61]). Es gibt noch Ärzte, die sich an den Hippokratischen Eid oder an das Genfer Gelöbnis erinnern, an ihre Beratungspflicht, an Verhältnismäßigkeiten, an grundsätzliche Bedenken bezüglich ungezügelter Verabreichung zahlloser Adjuvantien und an die letztlich bei ihnen hängen bleibende Haftung.

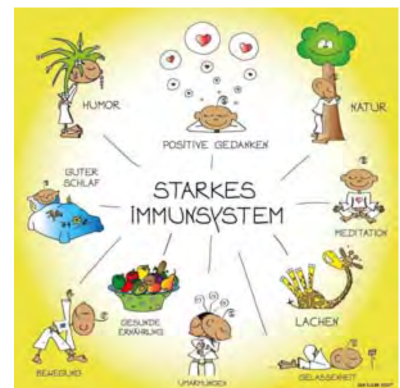
WELTÄRZTEBUND
DEKLARATION VON GENF
DAS ÄRZTLICHE GELÖBNIS

Weitere Profiteuere sind neben Big-Pharma natürlich die ausländischen – in

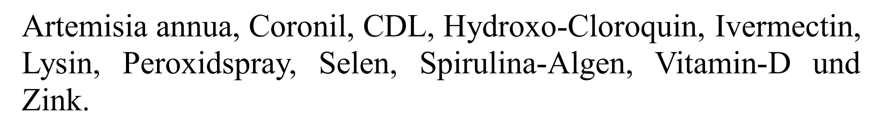
59 https://youtu.be/QtsVPoKexNM
60 https://youtu.be/kdybQSDhsuQ
61 https://www.pravda-tv.com/2021/10/immer-mehr-aerzte-steigen-aus-nur-noch-jede-dritte-praxis-bietet-covid-19-impfungen-an/

Deutschland kaum Steuern zahlende Internetkonzerne. Als während der Lockdowns die heimischen Geschäfte lediglich auf Kosten des deutschen Steuerzahlers Finanzhilfen bekamen, wurde gegenüber den ausländischen Profiteueren eine Solidaritätsabgabe zum Ausgleich ihrer Bevorzugung nicht einmal diskutiert.

Das eigentlich gebotene Handeln:



Das kostenlose Selbsthilfemaßnahmen mangels Rendite nicht beworben werden, ist für die Privatwirtschaft ja noch verständlich; dass aber der Staat gegenteilig handelt Heilpraktiker rundweg verbieten will und sämtliche 'Stakeholder' alternativer Gesundheitsansätze - wie z. B. Prof. Dr. Winfried Stöcker - gnadenlos verfolgt ist für eine freie Gesellschaft inakzeptabel. Zu den - aufgrund der finanziell überborden Dominanz der Big-Pharma unterstützenden verzerrten Publikationspraxis - selbstverständlich umstrittenen alternativen substanzbasierten Heilansätzen zählen u. a.:



> Artemisia annua, Coronil, CDL, Hydroxo-Cloroquin, Ivermectin, Lysin, Peroxidspray, Selen, Spirulina-Algen, Vitamin-D und Zink.

Angemerkt muss hier natürlich sein, dass die Liste keinen Anspruch erhebt, abschließend zu sein und insbesondere dass jede ernsthafte Erkrankung rechtzeitig in vertrauenswürdige ärztliche oder fachärztliche Hände gehört.

Der Katastrophenexperte **Günther Greindl** **beklagt**[62] die absolut mangelhafte Qualität des aktuellen Krisenmanagements in der Pandemie:

> "wir haben eine doppelte Krise in Österreich, gesundheitlich und gesellschaftlich. ... Die Gesellschaftskrise wurde durch die politischen Maßnahmen erst erzeugt, Eigentlich hätte man vorgehen können nach drei bekannten Grundsätze:
>
> 1. Panik vermeiden!
> 2. Reserven bilden!
> 3. umsichtig handeln!

62 https://youtu.be/Y5jTrv7K_5A

3.6.4 Event201, die NWO als Ziel und die WHO als Werkzeug:

Hier die Überschriften der PUBLIC-PRIVATE COOPERATION FOR PANDEMIC PREPAREDNESS AND RESPONSE - A CALL TO ACTION (**18.10.2019**, **Anlage B202**):

1. **Governments, international organizations, and businesses should plan now for how essential corporate capabilities will be utilized during a large-scale pandemic.**

   Regierungen, internationale Organisationen und Unternehmen sollten jetzt planen, wie **während einer groß angelegten Pandemie** wesentliche Unternehmenskapazitäten genutzt werden können.

2. **Industry, national governments, and international organizations should work together to enhance internationally held stockpiles of medical countermeasures (MCMs) to enable rapid and equitable distribution during a severe pandemic.**

   Die Industrie, nationale Regierungen und internationale Organisationen sollten zusammenarbeiten, um dies zu erreichen: Aufstockung international gehaltener Bestände an medizinischen Gegenmaßnahmen (MCMs), um dies zu ermöglichen schnelle und gerechte Verteilung während einer schweren Pandemie.

3. **Countries, international organizations, and global transportation companies should work together to maintain travel and trade during severe pandemics.**

   Länder, internationale Organisationen und globale Transportunternehmen sollten zusammen funktionieren, um Reisen und Handel während schwerer Pandemien aufrechtzuerhalten.

4. **Governments should provide more resources and support for the development and surge manufacturing of vaccines, therapeutics, and diagnostics that will be needed during a severe pandemic.**

   Die Regierungen sollten mehr Ressourcen und Unterstützung bereitstellen für die Entwicklung und den Anstieg der Herstellung von Impfstoffen, Therapeutika und Diagnostika, die während einer schweren Pandemie benötigt werden.

5. **Global business should recognize the economic burden of pandemics and fight for stronger preparedness.**

   Globale Unternehmen sollten die wirtschaftliche Belastung durch Pandemien erkennen und für eine stärkere Vorsorge kämpfen.

6. **International organizations should prioritize reducing economic impacts of epidemics and pandemics.**

   Internationale Organisationen sollten der Verringerung der wirtschaftlichen Auswirkungen von Epidemien und Pandemien Vorrang einräumen.

7. **Governments and the private sector should assign a greater priority to developing methods to combat mis- and disinformation prior to the next pandemic response.**

   Regierungen und der Privatsektor sollten der Entwicklung von Methoden zur Bekämpfung von Fehl- und Desinformationen vor der nächsten Reaktion auf eine Pandemie eine höhere Priorität einräumen.

Bereits im letzten **Koalitionsvertrag vom 12.03.2018**[63] wird von der Neuen Weltordnung gesprochen.

Whistleblowerin **Dr. Astrid Stuckelberger** bezeugt die verdeckte Steuerung der Länder durch die WHO über **Geheimverträge mit den Ländern**[64], wobei regelmäßig auch die eigenen Regeln verletzt würden.

---

63 Zeile 6912 in https://archiv.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/koalitionsvertrag_2018.pdf?file=1#Page=146
64 https://www.kla.tv/2022-02-13/21620

Doppelt brisant wird die Plandemie natürlich dann, wenn man die Labortheorie hinzuzieht. So trug der Hamburger **Professor Roland Wiesendanger** insgesamt 600 Hinweise zusammen, von denen er 60 in einer Studie veröffentlichte (siehe **Anlage B321**!). Er ist sich sicher:

"**Corona kam doch aus einem Labor in Wuhan!**"

Am 04.02.2022 veröffentlichte **Boris Reitschuster** ein Interview mit **Prof. Dr. Wiesendanger**, in welchem dieser (im **Video**[65] besonders ab 14:30) über die Umstände des vorliegenden Wissenschaftsbetruges aufklärte. Aufgrund von Leaks kam heraus:

- Es gab eine Telekonferenz, in welcher der USA-Präsidentenberater Anthony Fauci und viele andere Virologen taktisch angewiesen wurden, bei der Vertuschung der Labortheorie mitzuwirken:
- Sie sollten gegen die Labortheorie Stellung beziehen und die Zoonose-Theorie vertreten. Das Virus sei von Fledermäusen auf den Menschen übergesprungen.
- Auf zwei Studien sollten sie für die verlangte Position Bezug nehmen.
- Doch Jedermann ist heute klar, für die Zoonose-Theorie sprechen überhaupt keine starken Argumente.
- So wurden viele andere führende Virologen davon abgebracht, ihre Stimme warnend zu erheben.
- Auch die Medien und die Politik wurden mit dieser "konzertierten Aktion geleimt".

Doch **Wiesendanger** wird nicht widerlegt, sondern der Professor wird mit Dreck beworfen. Dabei müsste allein die Denkmöglichkeit der international verbotenen **Gain of Function** genannten Genforschung genügen, dass solches thematisiert und strafermittelt wird.

Anthony Fauci indes ruderte Ende 2021 bezüglich des Drosten-PCR-Tests, auf dem weltweit sämtliche Panik treibenden Zahlen beruhen - zurück und erklärte **The Tests don't measure that**[66]:

> "Der einzige Weg, sagen zu können, dass Sie ansteckend sind ist, wenn Sie zeigen können, dass sich wirklich ein lebendiges Replikationsvirus in Ihnen befindet - und das messen die Tests nicht."



Dr. Bodo Schiffmann übersetzt[67]

Illegale Genforschung wird tatsächlich praktiziert und ist im Ostblock seit mindestens seit 09/2018 bekannt (siehe **MARKmobil**, **Labor des Todes in Georgien**[68], **Dilyana Gaytandzhieva**, **Pentagon Biolaboratories**[69] sowie **Anlage B322**!).

Die Plandemie ist nicht allein sehr ernsthaft zu befürchten, sondern mit einer schier unüberschaubar anmutenden Anzahl von Indizien - die hier nur auszugsweise angegeben werden können - belegt: **Paul Schreyer referiert**[70], wie zum Vorteil weniger weltweite Krisen mit langem Atem geplant, durchgespielt und die wirksamen Mechanismen optimiert werden.

65 https://odysee.com/@reitschuster:3/220201-wiesendanger-v1:5
66 https://youtu.be/bAICMQ1D5F8?t=449
67 https://t.me/AllesAusserMainstream/19101
68 https://t.me/LKNews2/19805
69 https://youtu.be/_8hQi2Zv1L0
70 https://youtu.be/SSnJhHOU_28

3.6.5 Die 4 nicht deklarierten Hypothesen des nicht erklärten Propagandakrieges

Dabei soll die Menschheit nicht nur in Angst und Schrecken gehalten werden, sondern auch erzogen. Die 'zu vermittelnden Lehren' dürften im wesentlichen die **nachfolgenden Hypothesen** gewesen sein:

> **A:** "Wir müssen die unüberschaubare Todesgefahr um jeden Preis abwenden!"
> **oder kurz**: "jetzt geht es ums Überleben!"
>
> **B:** "Die von der Regierung vertretenen Maßnahmen führen zum Erfolg"
> **oder kurz**: "Wir können (wenn alle mitmachen)."
>
> **C:** "viel hilft viel, also: je härter, desto schneller"
> **oder kurz:** "je härter, je besser" sowie im Volksempfinden:
>
> **D:** "Nein, sooo böse könnten sie doch nicht sein! - Und warum denn überhaupt?"
> **oder kurz:** "Wir sind die Guten."

Hier sei diesen Thesen nur kurz entgegen getreten, ausführlicher in den jeweiligen Kapiteln:

zu A) Nur die Würde ist unantastbar und mit keinem anderen Rechtsgut in Abwägung zu bringen (Urteil des Bundesverfassungsgerichts **2 BvR 2347/15**[71] vom 26.02.2020,). Es gibt keinen grundgesetzlichen Schutz auf Leben oder Gesundheit und demzufolge auch keine Pflicht des Staates im Rang des Würdeschutzes, diese zu garantieren. Auch gibt es kein Grundrecht auf Schutz der Gesundheit, sondern nur das auf körperliche Unversehrtheit. Auch hier wurde das Grundgesetz schon auf den Kopf gestellt.

zu B) Angesichts des vollflächigen Versagens bei der Abwägung hilfreicher und nicht hilfreicher Maßnahmen, und der Ignoranz bis Unterdrückung jeglicher anderer Maßnahmen (schon gurgeln hilft) und der wirtschaftlichen Zerstörung Deutschlands kann von einem "Wir können" in keiner Weise mehr gesprochen werden. Politiker haben außer Selbstdarstellung und Fettnäpfchen-Vermeidung überhaupt nichts mehr im Sinn. Dass es besser sein könnte, die ihnen zugefallenen Kompetenzen aufgrund der eigenen Unfähigkeit wieder auf das grundgesetzlich gebotene Niveau zurück zu fahren - und zu erkennen, dass das Land genau dann prosperiert, wenn sich jeder seiner eigenen Rechte sicher sein kann und nicht einer (auch unternehmerisch) unkalkulierbaren Willkür ausgeliefert sein wird:

ist unseren unfähigen und korrupten Politikern
schlicht unmöglich
auch nur ansatzweise zu denken.

zu C) und D) fehlen dem beweispflichtigen Rechtsstaat ebenfalls jegliche Belege - es verbleiben nicht mehr als bequeme, selbstgefällige aber in den Untergang führende Denkgewohnheiten.

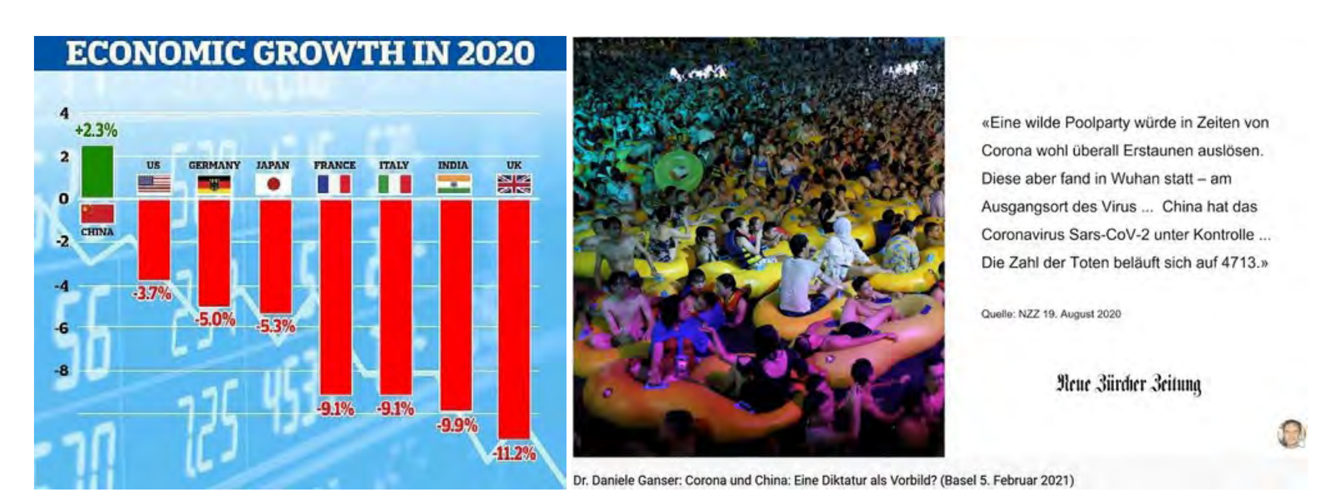
Unbemerkt haben die privaten Giganten das Ruder übernommen und "Werte" (in deren Verständnis als Gewinne) traten an die Stelle der ehemals grundgesetzlichen "Würde".

71 https://leak6.de/biblio/2_BvR_2347-2015_bis_2_BvR_2527-2016%20Selbstbestimmtes_Sterben.pdf

3.6.6 Die in Deutschland kaum 'gespielte' Hypothese C

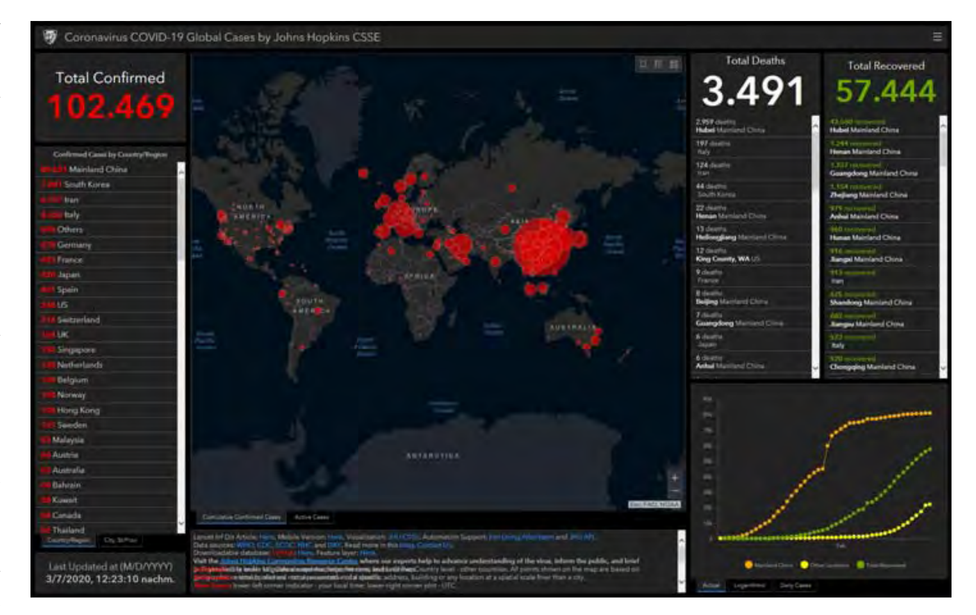
Die Hypothese **C** ("je härter, je besser") wurde in Deutschland kaum (erfolglose Ausnahme: Bayern) kaum 'gespielt'.

So richtig hart vorgemacht hat es letztlich nur China und 'damit vorzeigbar' als erstes und einziges Land schon im Jahr 2020 wieder Wirtschaftswachstum erreicht. Im August 2020 durfte sich der Chinesische



Dr. Daniele Ganser: Corona und China: Eine Diktatur als Vorbild? (Basel 5. Februar 2021)

Bürger wieder unbeschwert geben. Auch die schon erwähnte **Wuhan-Studie** (**Anlage B311**) belegte, dass man die Seuche schon längst und vollständig - man beachte aber: **ohne Impfung**, nur mit Maßnahmen der Abschottung - überwunden hätte.



Dabei gab es in Wuhan durchaus viele Fälle (orangefarbene Kurve im Bild rechts unten). Bevor es aber offensichtlich wurde, dass sich die grüne Kurve der Genesenen der Fallzahl bis auf das kaum noch unterscheidbare annähert, brach man diese Darstellung ab.

Doch die Hypothesen gehen nicht auf, denn es darf nicht übersehen werden:

- kein einziger Erkrankter wurde deshalb gesund, weil er von den anderen Gesunden isoliert war,
- kein einziger Erkrankter wurde schneller gesund, weil er eine Maske trug!
- Die Quarantäne um ganz Wuhan hat die Ausbreitung in andere Städte Chinas nicht verhindert.
- In anderen Städten wurde auch keine schnellere Genesung erreicht, als in Wuhan.

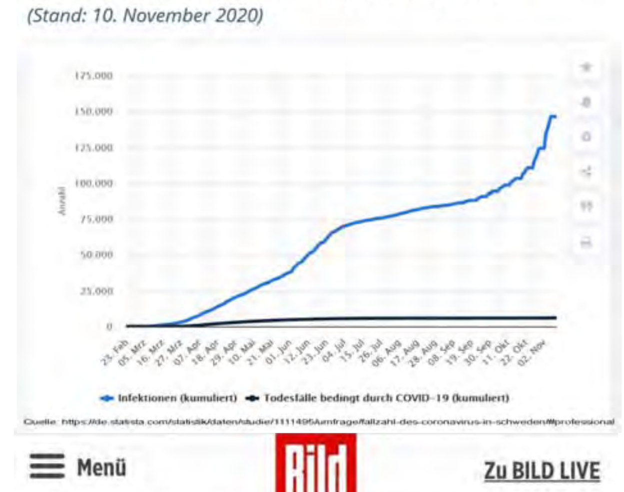
Aktuell (Stand 10.04.2022) spielt China die Karte des harten Lockdowns dennoch erneut und zwar in Shanghei. Dem Informierten ist klar, es wird nicht das Wohl des Volkes verfolgt, sondern geopolitische Interessen.

Zwar mag die erfolgreiche Eindämmung der Ausbreitung durch die harten Maßnahmen schlüssig erscheinen, doch man bekämpfte auch in China eine Bedrohung, welche die einzelnen erkrankten Menschen aber in fast allen Fällen mit den Möglichkeiten ihrer eigenen Immunabwehr zu überwinden vermochten; also eine Bedrohung, die es jedenfalls in der zugespitzten Form der Hypothese **A** nicht gab.

Weiter begegnet die These der in der Seuchenbekämpfung erfolgreich durchführbaren Abschottung ange-

sichts der sehr vielen **einzelnen** kleineren roten Punkte in China (obiges Bild) ernsten Zweifeln und so muss erwogen werden, ob dieser Erfolg nicht allein dem dortigen politischen Willen zuzurechnen ist:

Nachdem die hoch performante Inszenierung für die zu vermittelnden Botschaften der Hypothesen **A**, **B** und **C** abgeschlossen war, der Rest der Welt mit Panik angesteckt und mit sich selbst beschäftigt war, hatte man es in China **gar nicht mehr nötig, weiter zu darben**. Nach dem ja gewonnenen Kampf konnte man die Maßnahmen aufheben und die Produktionsstätten wieder hochfahren. Auch musste man die eigenen Bürger ja gar nicht mehr zu braven Untertanen umerziehen. Mit dem in China etablierten Wohlverhaltens-Punktebewertungssystem hat man schon genügend Macht zur Konformitätskontrolle und Abstrafung etwaiger Abweichler.



Auch der Blick auf das freie Schweden bestätigt genau dieses: Während die Fallzahlen (blau) immer weiter steigen, stagniert die kumulierte Kurve der Verstorbenen (schwarz); die Menge der altersschwachen und comorbiden, jedenfalls immunschwachen Menschen war offensichtlich relativ aufgebraucht, während die übrigen die Krankheit aus eigener Kraft überwunden.

Dies zeigt auch besonders deutlich das nächste Bild, welches die nicht kumulierten Corona bedingten Todesfälle von Schweden und Deutschland gegenüberstellt.



Die kolportierten Lehren waren also nicht einmal im Ansatz wahr, die weltweit überwiegend durchgesetzten Maßnahmen überhaupt nicht erforderlich und die Faktoren der Genesung sind offensichtlich vollkommen andere, als die Stellschrauben an denen mit Zwang gedreht wurde.



Auch die Gemeinde der maßnahmenkritischen Geister unterwarf sich kaum jemals mehr als gesetzlich geboten den unsinnigen Abschottungsmaßnahmen. Sie besteht keineswegs aus Wirrköpfen und hat die angebliche Coronagefahr vorzüglich weggesteckt.

Es war nämlich schon ab der Heinsberg-Studie ersichtlich, dass die Deutsche Regierung nicht mehr das Wohl des Landes als gesetzlichen Auftrag verfolgt:

Die selbst denkende Gemeinde wusste von der sehr bemessenen Gefahr – die Regierung hätte es aber wissen müssen!

3.6.7 Wandlung bis zum Kontrollverlust: Freibriefe, Blankoschecks, Verzicht auf Hoheitsrechte

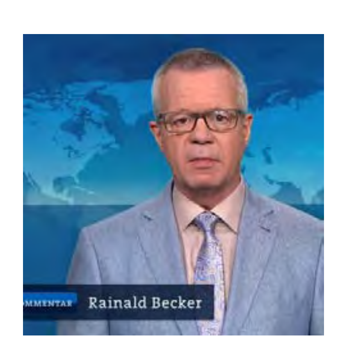
Das von langer Hand geplante, langsame Schaffen von Akzeptanz

Die Gemeinschaft, insbesondere die Mehrheit der Bürger hat ein (lediglich) 'gewohntes Rechtsgefühl', von dem was sich 'normal anfühlt'. Der schnelle Bruch mit bekanntem und bewährtem stößt daher auf deutlich größere Widerstände als eine schleichende Abschaffung von z. B. der grundgesetzlich gebotenen Ordnung.

Jean-Claude Juncker sagte einmal (Spiegel, 26.12.1999, **Anlage B323**)[72]:

> "Wir beschließen etwas, stellen das dann in den Raum und warten einige Zeit ab, was passiert. Wenn es dann kein großes Geschrei gibt und keine Aufstände, weil die meisten gar nicht begreifen, was da beschlossen wurde, dann machen wir weiter - Schritt für Schritt, bis es kein Zurück mehr gibt."

Rainald Becker vom SWR verkündete am 06.05.2020 in den Tagesthemen[73]:



"Spieglein, Spieglein an der Wand, wer lockert am schnellsten im ganzen Land? … Der Status Quo ante - also zurück zur alten Normalität - ist vielen Wirrköpfen, die sich im Netz unter Widerstand2020 und anderen Namen tummeln nachgerade ein Herzensanliegen. All diesen Spinnern und Coronakritikern sei gesagt: **Es wird keine Normalität mehr geben, wie vorher.** Madonna, Robert de Niro und rund 200 andere Künstler und Wissenschaftler fordern zu Recht: Nach der Coronakrise Lebenstil, Konsumverhalten und Wirtschaft grundlegend zu verändern. Diese weltweite Pandemie muss zu etwas Neuem führen. Zu mehr Wertschätzung für unser Gesundheitswesen, zu mehr Nachhaltigkeit, und ja: auch zu einem sorgsameren Umgang mit der Natur und mit uns Menschen. ..."

Rainald Becker liegt damit voll auf der Linie der planenden Einflüsterer. Er stimmt uns ein: Nach Corona müssen wir uns auf den weiteren Umbau – hin zu einer neuen Weltordnung – einstellen.



Damit benennt er aber auch die Ziele der Mächtigen: Es ging also niemals um Gesundheit, um die Lenkungsbefugnis der eigentlich freien Bürger, über "Wahlen und Abstimmungen" Ausgangspunkt – und damit auch Ursache jeglicher Staatsgewalt zu sein, sondern der Bürger 'wird gespielt' von einem tiefer liegendem Plan. Im Ergebnis werden das Volk, die Bürger, die Deutschen, die Alten, die Kranken und die Kinder betrogen, wir alle sind nicht die - eigentlich freien - Spieler, sondern wir werden gespielt.



Wir stecken in einem Krieg, den fast alle Regierungen - wissentlich oder unwissentlich - gegen ihr jeweils eigenes Volk führen! Der Friedensforscher Dr. Daniele Ganser erklärt unermüdlich, **wie Medien unsere Angst steuern**[74].

72 https://www.spiegel.de/politik/die-bruesseler-republik-a-3d75c854-0002-0001-0000-000015317086
73 https://youtu.be/16m0mpfQYQc?t=856
74 https://youtu.be/nwcxQnL8ABw

Nudging und Esoterik

Marcel Luthe MdB (Freie Wähler, ex FDP, Anfragekönig, Initiator des Tegel-Volksentscheides) im **Interview gegenüber Jasmin Kousbek** (ab 12:22)[75]:

- **polemisiert**: "Diese 2G, 2G+ oder sonstige, 3F, 4G, 5½G oder sonstige Quatsch-Regelungen schon von der Begrifflichkeit her zeigten, dass wir uns im Bereich von Kindergarten-Sprech befinden",
- **beklagt**: "Dass die dem Rechtsstaat **gebotene Normen-Hierarchie**: Verfassung, Gesetze, Verordnungen, Hausrecht [zu ergänzen: technische Regeln] im Moment durch den Staat selbst durchbrochen werde, wenn z. B. die Präsidentin des Bundestages glaubt, über das Hausrecht in das freie Mandat eines Abgeordneten eingreifen zu können",
- **spitzt zu**: "Wenn unser Hausrecht sagt, dass du Test X, -Y machen oder ein Partyhütchen tragen musst, dann kann das dort gerne stehen - ändert aber nichts am freien Mandat nach **Art. 38 GG**.",
- **analysiert**, "Eine 2G-Regelung ist nicht zum gesundheitlichen Zweck geeignet (und das sei auch nicht dargelegt), sondern habe zum Ziel, die freiwillige Impfung zu erreichen (und eben das ist das '**Nudging**')",
- **fordert**, "ein redlich agierender Staat sagt, was er will, bewegt sich auch in einer entsprechend klaren Normen-Diktion und hat klare Verfahren. - Die Verordnungs-Politik ist aber das genaue Gegenteil."
- **und vermisst die Frage**, "ob es physikalisch überhaupt möglich wäre, dass es nützt?

Dennoch versucht die Politik, sich einen wissenschaftlichen Anstrich zu geben und so weist der Gesetzentwurf zur Steigerung der Impfquoten (**Drucksache 20/899**[76], **Anlage B324**) auf 49 Seiten immerhin

17 mal das Wort "Studie"

auf. Diese "Fülle" relativiert sich allerdings angesichts der **1014 Studien** umfassenden Liste der Impfnebenwirkungen (**Anlage B313**) ein wenig.

Dem Bereich 'Nudging und Esoterik' dürfte auch der Sprachgebrauch zuzuordnen sein, der eigentlich nur im Strafvollzug Verwendung fand.

> Auf "Lockerungen" kann man natürlich 'nur' bei guter Führung hoffen und darüber entscheiden tun die ja ach so wohlwollenden und kompetenten Mandatsträger.

Schon der Gebrauch dieses Bildes macht den freien Bürger zum Untertanen, die Solidarität zur Bürgerpflicht – und der Glaube an das etablierte Narrativ wird gleichsam unbemerkt verpflichtend gemacht, denn er ist in der ordentlichen Bürgersolidarität ja inklusive.

Dabei ist der Staat kein bisschen solidarisch mit seinen Bürgern, denn er verleugnet die von ihm geschaffenen Opfer. Wie bei den Vietnam-Veteranen in den USA passen nun die Opfer des weltweiten Impf-Wahnes nicht so recht ins Bild und werden daher totgeschwiegen[77].

Im Gegenzug dazu gibt es zur Handlungsbeschleunigung von BIG-Pharma und den Politikern selbst nicht Lockerungen der sie treffenden Pflichten, sondern gleich einen großen Universal-Freibrief für alles und jedes, wie nachfolgend ausgeführt wird.

75 https://youtu.be/P4Gm5bOJlOg?t=742
76 https://dserver.bundestag.de/btd/20/008/2000899.pdf
77 So auch der Jura-Prof. Dr. Martin Schwab am 18.03.2022 auf dem Bielefelder Kesselbrink: https://t.me/dieBasis_OWL/427

Konkreter Bruch der Normen-Hierarchie

Konkret wird mit dem IfSG die gebotene Normen-Hierarchie durchbrochen, aus Sicht des damit schutzlos gestellten Bürgers ein Ermächtigungsgesetz zur Beseitigung der grundgesetzlich gebotenen Ordnung. Dies sei im Folgenden beispielhaft erläutert. Es heißt in **§ 5 IfSG**[78] (**Anlage B325**) Absatz 2 S. 1:

> "Das Bundesministerium für Gesundheit wird **im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite** unbeschadet der Befugnisse der Länder ermächtigt, ... **durch Rechtsverordnung** ohne Zustimmung des Bundesrates Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln einschließlich Impfstoffen und ... zu treffen. ..."

weiter lautet es in ebenda, Abs. 4, Sätze 1+3:

> "Eine auf Grund des Absatzes 2 oder des § 5a Absatz 2 erlassene Rechtsverordnung tritt mit Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite außer Kraft. … Bis zu ihrem jeweiligen Außerkrafttreten kann eine nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4, 7 Buchstabe a, g oder Nummer 10 erlassene Verordnung **auch nach Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite geändert werden.**"

Eine – weil anlasslos – außer Kraft getretene Verordnung kann also noch danach geändert werden und - damit das Bundesministerium nicht gänzlich in sinnfreiem Schattenboxen verendet – dürfte eine so abgeänderte Verordnung wohl auf dieser Grundlage wieder in Kraft treten, **also auch ohne den Rahmen der epidemischen Lage nationaler Tragweite!**

Mit diesem **Ermächtigungsgesetz** wurde ganz nebenbei auch der grundgesetzlich gebotene Föderalismus abgeschafft. **Art. 30 GG**[79] lautet,

> "Die Ausübung der staatlichen Befugnisse und die Erfüllung der staatlichen Aufgaben ist Sache der Länder, soweit dieses Grundgesetz keine andere Regelung trifft oder zuläßt.",

was aber keiner Erwähnung (nach **Art. 19(1) GG**) bedarf, weil der einmal zum Schutz vor den Rückfall in den Faschismus gedachte **Art. 30 GG** kein Grundrecht ist.

Anders als die **Majestätsbeleidigung**[80], die einmal eigens für den Schah von Persien eingeführt wurde und in Vergessenheit geriet bis ein **Jan Böhmermann** über **Recep Tayyip Erdoğan** sagte, was nur Richter schreiben dürfen, wurde dieses Ermächtigungsgesetz wohl mit einer sehr weitreichenden Absicht geschaffen.



> **Exkurs:** Jan Böhmermanns teilweise verbotenes Schmähgedicht wiederholen die Richter in (nahezu) vollem Umfang[81]. Die Diskrepanz zwischen der Erlaubnis für Richter und dem Verbot für Böhmermann ergibt sich wohl aus dem verfolgten Zweck. Siehe ebenda, Leitsatz 4! Zur Begründung der Abweisung von Böhmermanns Verfassungsbeschwerde brauchten die Richter allerdings gar nichts schreiben[82], was aber als ein genereller grundrechtlicher Verstoß – siehe "**Stoppt den Grundrechtsboykott!**"[83] - zu beklagen ist!

78 https://dejure.org/gesetze/IfSG/5.html
79 https://dejure.org/gesetze/GG/30.html
80 https://lexetius.com/StGB/103,2
81 https://leak6.de/biblio/OLG-HH%207_U_034-2017%20B%C3%B6hmermanns_Schmaehgedicht_teilweise_verboten.pdf
82 https://leak6.de/biblio/1_BvR_2026-2019%20Nichtannahmebeschluss_VerfBeschw_B%C3%B6hmermann.pdf!
83 https://youtu.be/qxIgS66HTZg

Universalfreibrief für politisches Handeln und freiwillige Aufgabe jeder Kontrolle

Eine Absicht, die man jedenfalls – unter Gebrauch des anhaftenden Bruchs der Normenhierarchie - mit dem so genannten "**Medizinischer Bedarf VersorgungssicherstellungsVerordnung – MedBVSV**[84]" (**Anlage B326**) ergiebig weiterverfolgte. Die voran gestellte Stand- und Geltungsinformation führt auf:

> "Die V[erordnung] tritt gem. § 10 dieser V[erordnung] nach § 5 Abs. 4 Satz 1 … IfSG ... mit Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite außer Kraft, ansonsten spätestens mit Ablauf des 31.3.2021; die Geltung dieser V[erordnung] ist … durch **§ 10 Satz 2** dieser V[erordnung] … über den 31. Mai 2022 bis zum 25.11.2002 hinaus verlängert worden"

Erst einmal gibt es ausweislich der **Anlage B326** keinen Satz 2 in § 10, was aber wohl als harmloser Übertragungsfehler bewertet werden mag. Viel schwerer wiegt, dass – wie **Mitdenken 761 beklagt**[85] -

> "Die Bundesregierung heimlich, still und leise essentielle Gesetze und Verordnungen zu Arzneimitteln für die sogenannten Covid-19-Impststoffe außer Kraft gesetzt hat. … [und weiter:]
>
> Die §3 Abs. 1 und § 4 der MedBVSV beziehen sich auf die Covid-19-Impfstoffe und begraben damit folgende Gesetze und Verordnungen … "

Wie aus **Anlage B327** ersichtlich ist, darf nun eine '**unheilige Allianz**', die **public private partnership** (PPP) der Behörden (public) mit BIG-Pharma (private) Impfstoffe:

- ohne Kennzeichnung, Packungsbeilage und Fachinformation,
- ohne Zulassung und staatliche Chargenprüfung,
- unter kompletter Umgehung der gängigen Vertriebswege wie Großhandel, Apotheke, Arzt, Patient (Patienten-Arzt-Beziehung) und nur noch
- mit Zustimmung (statt dokumentierter Freigabe) der Behörden:
- hergestellen, ein- und ausgeführen, wobei außerdem:
- keinerlei Anforderungen mehr an die produzierte Qualität, deren Dokumentation, der zur Herstellung zugelassenen Betriebe sowie der Qualifikation der Mitarbeiter - folgerichtig auch:
- keinerlei Haftung mehr für Fehler besteht und keine Rückstellungen (solche führten mutmaßlich schon jetzt zu Pleiten) für bekannte Risiken mehr notwendig sind. Dabei ist außerdem
- für diesen (zu besorgen unnötige) Zweck auch der Handel mit Geweben erlaubt sowie
- das Blutspenden für die mit Spike-Proteinen durchseuchten Impflinge legalisiert.

84 https://www.gesetze-im-internet.de/medbvsv/MedBVSV.pdf
85 https://nichtohneuns-freiburg.de/bundesregierung-setzt-heimlich-gesetze-und-verordnungen-fuer-covid-19-impfstoffe-ausser-kraft/

Im Mittelalter konnte man für noch zu begehende Sünden im Voraus Ablass erwerben. Heute können die hiesigen Akteure unter der selbstgemachten mittelbaren Straflosigkeit - denn schon Ermittlungen sind so gut wie unmöglich - dem Bürger unter Zwang jeden erdenklichen Schrott andienen.

Die außer Kraft gesetzten Gesetze der Bundesrepublik dienten einmal dem Schutz des Bürgers vor Quacksalberei!

Nun aber – nach 2 Jahren der gelebten Pharma-Hörigkeit von Politik und Presse – ist

der **Bürger schutzlos** gestellt, das **Primat der Politik: vergessen** und die **Kontrolle verloren!**

In- und ausländische Giftmischer können de facto

- anrühren, was immer sie wollen,
  - auf Jahre hinaus beliebige Verträge und Profite machen, sich davon - nicht unbbegründet
    - sämtliche Organe und Instanzen weiter kaufen zu können hoffen und

sind dabei von jeglichen Schäden der Haftung frei gezeichnet, denn

- Strafermittlungen sind quasi unmöglich, zumal
  - deutsche Staatsanwaltschaften ohnehin der Exekutive weisungsgebunden sind, wodurch
    - auch das Legalitätsprinzip effektiv außer Funktion gestellt ist.



Am 14.02.2022 berichtet **Wochenblick.at** im Artikel "**Monetik statt Ethik**" (**Anlage B328)**[86], Ursula von der Leyen wolle den **Nürnberger Kodex** (**Anlage B329**) abschaffen.

Correctiv.org sagte schon früher, am 21.12.2021, dass dies frei erfunden sei [87] (**Anlage B330**), "eine Aussage auf einer Pressekonferenz werde falsch interpretiert". Sie schreiben:

> "Von der Leyen [fände es] ... angemessen, jetzt … auch über eine eventuelle Impfpflicht in der EU nachzudenken. … Die Faktencheck-Redaktion von **Full Fact** hat sich ausführlich mit dem Nürnberger Kodex in Zusammenhang mit Covid-19-Impfungen beschäftigt."

Allerdings haben sie dabei wohl übersehen, dass sich Impfpflicht und Nürnberger Kodex gegenseitig ausschließen, den jener verlangt u. a. die strikte Freiwilligkeit des Probanden und die Bestrafung all derer, die gegen ihn verstoßen. Während **Correctiv** selbst schreibt,

> "Der Nürnberger Kodex ist eine Verhaltensrichtlinie für Ärzte und Forschende, ... und besagt unter anderem, dass Menschen Experimenten, an denen sie teilnehmen, **zustimmen müssen**."

bleibt offen, wo der Unterschied zwischen Impfpflicht und Zwangsimpfung liegen soll. Weiter wird auch übersehen, das eine Zustimmung nichtig ist, wenn sie verpflichtend, erzwungen, oder unter unzureichender Aufklärung erfolgt ist.

Wie schon beschrieben, wird - z. B. Bei #8., Qualifikation des Personals - der Inhalt dieses als internationales Recht (**Art. 25 GG**) hoch stehenden Nürnberger Kodex auf Verordnungsebene außer Kraft gesetzt, wo jetzt (März/2022) offenkundig ist, dass alle über eine Impfpflicht diskutieren.

Wer wohl – historisch gesehen - sich noch gegen den Nürnberger Kodex ausgesprochen hätte?

86 https://www.wochenblick.at/welt/pharma-profite-statt-ethik-von-der-leyen-will-nuernberger-kodex-abschaffen/
87 https://correctiv.org/faktencheck/2021/12/21/impfpflicht-nein-ursula-von-der-leyen-hat-nicht-die-abschaffung-des-nuernberger-kodex-gefordert/

3.6.8 Der Zustand der Presse



Aus der links angedeuteten **Anlage B331** geht hervor, wie sehr die scheinbar vielen deutschen und amerikanischen Medienhäuser bezüglich der allgemeinen Darstellungsrichtung 'synchronisiert' (gesteuert) werden.



Gegen den **Pressekodex-2017**[88] wird von Seiten der Regierung - und auch von den öffentlich Rechtlichen Medien - regelmäßig verstoßen, welcher unter **Ziffer 14** besagt:

> "**MEDIZIN-BERICHTERSTATTUNG**
> Bei Berichten über medizinische Themen ist eine unangemessen sensationelle Darstellung zu vermeiden, die unbegründete Befürchtungen oder Hoffnungen beim Leser erwecken könnte. Forschungsergebnisse, die sich in einem frühen Stadium befinden, sollten nicht als abgeschlossen oder nahezu abgeschlossen dargestellt werden."

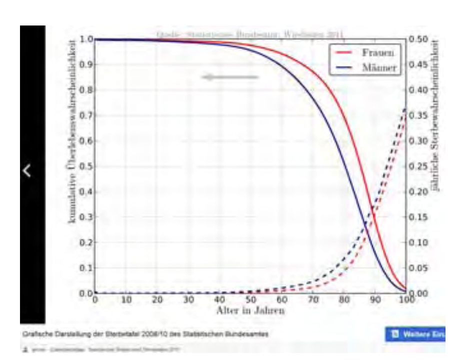
Unstreitig bietet auch eine gleichgeschaltete, regierungshörige Presse viel weniger Schutz gegen staatliche Machtüberschreitung, Propaganda und einseitigen Krieg treibenden Darstellungen. 1985 berichtete der Spiegel noch kritisch - diese Zeiten sind aber längst vorbei.



Das Presserecht indes ist nicht mehr mehr als Fassade, die Verpflichtung aus § 4 PresseG.NRW gegenüber kritischer Presse schlicht ignoriert:

> "Die Behörden sind verpflichtet, den Vertretern der Presse die der Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgabe dienenden Auskünfte zu erteilen."

Mittlerweile wird Impfen zu einer Religion, die die Presse mit missionarischem Eifer kolportiert. Während sich das Arbeitsrecht im Bereich der Kirche derzeit dahin entwickelt, dass ein nicht konformes Handeln - wie z. B. ein zweites Heiraten - nicht mehr vom kirchlichen Arbeitgeber sanktioniert werden darf, sollen sich die Arbeitnehmer im Gesundheitswesen nun unterwerfen und ihren unbedingten Glauben an die Impfung dadurch bekunden, dass sie das - wie sie selbst vielfach recht gut kennen gelernt haben - Schaden bringende Procedere irreversibel über sich ergehen lassen.



Religiös gesehen dürfte die Ansicht Beachtung finden, dass uns ein etwaiger Schöpfer jedenfalls ohne Masken schuf. Jesus jedenfalls hat laut **Matth. 6,27**[89] gesagt, "Wer ist aber unter euch, der seiner Länge eine Elle zusetzen könnte, wie sehr er sich auch darum sorgt?" - Früher oder später sterben wir wohl alle - und zwei allen Bürgen gestohlene Lebensjahre des Lebens in Freiheit sind mittlerweile viel mehr, als die - wenn überhaupt - krampfhaft erkauften Lebensjahre so genannten 'vulnerablen Gruppen'. - Hatten Politiker überhaupt schon einmal Nächstenliebe entwickelt?

Thomas Röper stellt sein Buch "Inside Corona – Die Pandemie, das Netzwerk & die Hintermänner" gegenüber **apolut vor**[90], welches seine Erkenntnisse einer (für Amateure) bahnbrechender Technik verdankt. Mit diesen verwundert es nicht, dass die heutige Presse sich schwer tut, kritisch gegen ihre eigenen Financiers zu schreiben.

Die Lücken, welche die Plandemie-gemäß kontrollierten 'Mainstream-Medien' hinterlassen, füllen Grundrechtsbesorgte, also altruistisch motivierte Bürger mit wachsender Recherchemacht auf und verbreiten ihre Erkenntnisse in sozialen Medien, vorzugsweise Youtube und Telegram.

---

88 https://leak6.de/biblio/Pressekodex2017_web.pdf
89 https://www.bibleserver.com/Mt6,27
90 https://tube4.apolut.net/w/8iwrKTUHihbMXn4FS8wzYi

Da marktbeherrschende Unternehmen in ihren grundrechtlichen Verpflichtungen denen der öffentlich-rechtlich Grundrechte verpflichteten Staatsgewalt nahe kommen, müsste auf dieselben eigentlich auch **Art. 5 GG** Anwendung finden:

> "Jeder hat das Recht, seine Meinung in Wort, Schrift und Bild frei zu äußern und zu verbreiten und sich aus allgemein zugänglichen Quellen ungehindert zu unterrichten. Die Pressefreiheit und die Freiheit der Berichterstattung durch Rundfunk und Film werden gewährleistet. **Eine Zensur findet nicht statt.**"

Das Landgericht Bamberg formuliert in seinem Endurteil **2 O 248/18**[91] vom 18.10.2018 unter Rn. 52 - 56:

> "Dabei sind die allgemeine Handlungs-, Berufsausübungsfreiheit und das Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb im Wege der praktischen Konkordanz in Ausgleich zu bringen mit **Art. 5 GG**. Auch insoweit entfalten die Grundrechte keine unmittelbare, sondern [zunächst]
>
> **nur eine Ausstrahlungswirkung.**
>
> … Soweit die Grundrechte des Verfügungsklägers betroffen sind, hat diese die Verfügungsbeklagte in Ausübung ihrer Rechte aufgrund ihrer Quasi-Monopolstellung in erhöhtem Maße zu beachten. Aufgrund der hohen Anzahl der Nutzer der Plattform der Verfügungsbeklagten, kommt dieser eine Stellung im öffentlichen Leben zu, die nahezu keinem anderen sozialen Netzwerk zuteil wird. … Aufgrund der hohen Nutzerzahlen nimmt die Plattform der Verfügungsbeklagten daher einen Stellenwert im Rahmen des Informations- und Meinungsaustauschs ein, der in allen Bereichen des öffentlichen Lebens - auch des politischen - eine so große Rolle spielt, dass damit
>
> **eine Quasi-Monopolstellung**
>
> (so auch OLG Dresden vom 08.08.2018, BeckRs 2018, 18249 Rn. 19) einhergeht, im Rahmen derer die Grundrechte
>
> **nahezu unmittelbar Geltung beanspruchen können.**"

Die unmittelbare Geltung hieße dann schlichtweg "Eine Zensur findet nicht statt."!

Auf tatsächlicher Ebene tritt seitens Youtube, das auf seinem Gebiet ähnlich marktbeherrschend ist, wie facebook auf dem seinen auch noch das schwer nachweisbare sogenannte 'Shadowbannig' hinzu, bei welchen 'nur' die automatisch generierten Empfehlungen mehr oder weniger reduziert werden.

Tatsächlich aber findet eine effektive Zensur doch statt und zwar durch private Hand. Der Autor selbst dokumentierte für das Jahr 2020 nicht weniger als 359 Meinung basierte Zensurierungen die man in diesem **PDF-Dokument**[92] überprüfen kann, indem man mithilfe von <Shift> + <STRG> + F die Vorkommen des Suchwortes "zensiert" abfragt.



In Deutschland ist auch die medizinische Lehrmeinung von Verfassungswegen frei und auch wegen **Art. 19 UN-Menschenrechtserklärung, Resolution 217 A (III)**[93] darf sich Youtube nicht wegen seines ausländischen Sitzes der deutschen Grundrechtsbindung entziehen, so es denn in Deutschland als Anbieter auftritt:

> "Jeder hat das Recht auf Meinungsfreiheit und freie Meinungsäußerung; dieses Recht schließt die Freiheit ein, Meinungen ungehindert anzuhängen sowie über Medien jeder Art und **ohne Rücksicht auf Grenzen** Informationen und Gedankengut zu suchen, zu empfangen und zu verbreiten."

91 https://leak6.de/biblio/LG-Bamberg%202_O_0248-2018%20Antiloeschverfuegung_Facebook.pdf
92 https://leak6.de/yt-reuploads/2020-12-31%20Leak6-Corona_Chronik.pdf
93 https://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf



So gut wie alle öffentlich rechtlichen Medien kolportierten den Regierungssprech und wenn er auch noch so frei von jeder Logik war. In der Tat:

Ein Geimpfter sollte durch die Impfung Vorteile haben.

In einem freien Markt werden überzeugende Vorteile üblicherweise von selbst - und vor allem: schneller und besser realisiert, als es jede zentralistische Planwirtschaft tun könnte - weshalb im übrigen die freie westliche Welt dem Ostblock einmal überlegen war.

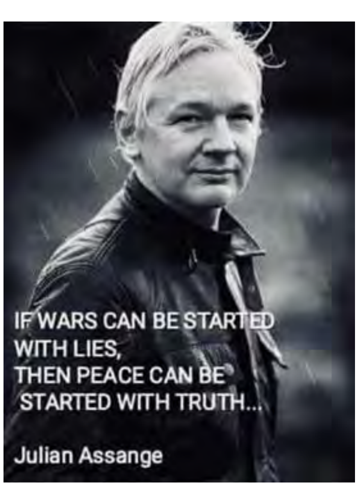
Den Vorteil, den man von einer Impfung erwartet, ist, dass sie Schutzwirkung entfaltet und zwar aus räumlichen Überlegungen denjenigen zuerst, der die Impfdosis in sich trägt.

Wenn es anderer Anreize bedarf und man meint, die Impfung gerade deshalb erzwingen zu müssen, weil sie nicht (so gut) wirkt, dann haben wir uns nicht nur aus der freien Welt verabschiedet, wägen verbotener Weise Würde gegen Würde ab und entwürdigen den einen um die anderen mit Unfähigkeit zu schützen. Nachfolgende (für das Gericht als Rechtssatz formulierte) grundlegende Lehre aus dunkelster Vergangenheit, hätte auch der Presse bewusst sein müssen, ohne dass es dazu eines Richterspruchs bedurft hätte, denn schließlich alimentiert der Bürger nicht dafür den Staat, um ihn dann selbst als Bedrohung zu erleben:

> **"Begründet der Staat etwaige Zwangsmaßnahmen mit Risiken oder anderen qualitativen Mängeln der beabsichtigten Maßnahmen, dann darf er die Maßnahmen allenfalls kurzfristig anwenden und auch nur dann, wenn für den Einzelnen gravierende Nachteile mit einem hohen Maß an Sicherheit ausgeschlossen werden können!"**



Die Ursachen des jetzigen Zustandes der Presse liegen natürlich auch im Schicksal des Wistleblowers Julian Assange, der aufzeigte[94], dass die Weltmacht USA die Ansprüche der Hypothese **D** (**Kap. Fehler: Referenz nicht gefunden**: "wir sind die Guten") auch nicht erfüllen.



Aber anstatt Vorkehrungen zu treffen, dass auch mächtige Staaten nicht permanent und ungestraft Kriegsverbrechen begehen dürfen, verfolgte man Assange persönlich und auch Deutschland setzte sich nicht wirklich für ihn ein. So gingen die Drohnenmorde weiter, Assange verlor sein halbes Leben in Untersuchungshaft und jeder vernünftige Journalist muss sich fragen, ob er mit seiner Wahrheitsliebe denn selbst auch ein Märthyer werden will.

Schließlich stellt Nils Melzer (UN-Sonderberichterstatter über Folter) zur Frage nach den Auswirkungen des Falles Julian Assange auf die Pressefreiheit am 13.01.22 fest, dass

"**Demokratie ohne Transparenz nicht funktionieren kann!**"[95]

94 Z. B. seit mindestens dem 21.04.2010 "Collateral Murder": https://youtu.be/uUj9Ittv3EE
95 https://youtu.be/idSiuGn96cE?t=2090

3.6.9 Meinungsfreiheit auf der Straße

Die Entscheidung **1 BVR 444/13**[96] vom 24.07.2013 besagt unter RN. 23:

> "Dabei erlaubt es die Meinungsfreiheit insbesondere nicht, die Beschwerdeführer auf das zur Kritik am Rechtsstaat Erforderliche zu beschränken"

1 BvR 1476/91[97] vom 10.10.1995 besagt unter Rn. 119:

> "… Meinungsfreiheit [ist] schlechthin konstituierend für die freiheitlich-demokratische Ordnung … [und dieses Grundrecht ist] gerade aus dem besonderen Schutzbedürfnis der Machtkritik erwachsen."

Dennoch wird die Normenhierarchie von § 3 (2) Nr. 6 VO auf den Kopf gestellt und gesagt, dass Versammlungen nur

> "**ausnahmsweise** zulässig"

seien. Das Urteil **2 Cs 12 Js 47757/20**[98] des AG Garmisch-Partenkirchen vom 05.08.2021 besagt unter Rn. 44:

> "Eine verfassungskonforme Auslegung gebietet jedoch, die Rechtmäßigkeit der Anordnung wegen der Bedeutung der Versammlungsfreiheit gem. **Art. 8 Abs. 1 GG** als ungeschriebene objektive Bedingung der Strafbarkeit zu verstehen. Eine Bestrafung wegen versammlungsbezogener Straftaten und Ordnungswidrigkeiten kommt demnach nur in Betracht, wenn **als objektive Bedingung der Strafbarkeit die Rechtmäßigkeit einer Maßnahme gegen die Versammlung oder einen einzelnen Teilnehmer festgestellt wurde.**"

Weiter unter Rn. 62:

> "Geht man mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Verbreitung des SARS-CoV-2-Virus davon aus, dass für eine Ansteckung unter freiem Himmel allenfalls eine äußeret geringe Wahrscheinlichkeit besteht, war die hier im Raum stehende Beschränkung in Form einer Maskenpflicht entsprechend den Vorgaben von Ziffer II.A.4. des Genehmigungsbescheides **jedenfalls unter Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten nicht mehr angemessen.**"

In Dresden wurde das Versammlungsrecht, die Demonstrationsfreiheit und Meinungsfreiheit unverhohlen für die 'falsche' Meinung eingeschränkt. Historische Parallelen wurden von RA Ralf Ludwig veröffentlicht.



---

96 https://leak6.de/biblio/1_BVR_0444-2013%20identifizierbares_Meinungverbot_muss_Schwerpunkt_umfassen.pdf
97 https://leak6.de/biblio/1_BvR_1476-1991%20Soldaten_sind_Moerder.pdf
98 https://leak6.de/biblio/AG-Garmisch-Partenkirchen%202%20Cs%2012%20Js%2047757-2020%20keine_Coronainfektion_im_Freien.pdf

3.6.10 Korruption – bandenmäßig vernetzte Straftäter im Amt

Zur Hypthese D ("Nein, sooo böse können sie doch nicht sein): Ausgestattet mit sämtlichen Befugnissen, dem Vertrauen der ordentlichen Amtsführung und bester Vernetzung überragen die den Staatsdienern zur Verfügung stehenden Möglichkeiten die der Normalbürger bei weitem. Dieses Ungleichgewicht weitet sich extrem aus, wenn der Korruption erlegene Staatsdiener über ihre legalen Möglichkeiten hinaus gehen und Bürger zu Opfern machen. Als Triebkraft sind zu besorgen:

- Profite durch Fehlanreize,
- Profite aus dem Bürgervermögen, des bei dem diesem bescherten Rechtskämpfe drauf geht,
- Erhalt der Vernetzung - sowie im fortgeschrittenem Stadium besonders schwer:
- die Verschleierung der schon persönlich aufgeladenen Schuld.



Meike Büttner geht sogar noch einen großen Schritt weiter und sagt im **Video "Pyramiden und Verträge"**[99] (sinngemäß), dass die Erpressbarkeit die Eintrittskarte für eine Kariere als konformer Mitmacher sei.

Sehr schlimm ist Korruption bei **Pflege und Betreuung**. Zur angeblichen Wahrung des Kindeswohles und zum Unschädlichmachen von Kritikern, Querulanten, unliebsamen Zeugen und anderen missliebigen Stimmen in der Psychiatrie gibt es zum einen Unsummen zu verdienen (Fehlanreize) und zum anderen kaum eine wirksame Kontrolle. 'Gepflogenheiten' breiten sich aus, alle im System mitverdienenden Funktionsträger kennen einander schon lange und loben sich regelmäßig gegenseitig. Strafanzeigen werden 'zuständigkeitshalber' als erstes an die örtlich zuständigen Täter gesandt, welche ganz bestimmt nicht mit Eifer gegen sich selbst ermitteln. **In Einzelfällen werden sogar in Deutschland (Kleve, Niederrhein) – in Blackwater-Manier** – gedungene Schergen für notwendig erscheinende Drecksarbeiten herangezogen.[100]

Korruption findet grundsätzlich überall statt, wo man sie zulässt, also nicht nur in Politik und Verwaltung, sondern ebenso in der Justiz, bei der Polizei und bei der Presse.

Die eingefahrene Korruption kumuliert auf Seiten der Tatmotivation eine stetig wachsende Notwendigkeit der Verschleierung der eigenen Schuld. Löste man die Finanzkrise von 2008 nur mit Bilanzverlängerungen (gedrucktem Geld und lauter Eventualverpflichtungen) so wird das nüchterne Nachprüfen der damaligen Maßnahmen durch die nochmals größere Unsummen der Corona-Hilfsgelder verzögert. - Und zwar insbesondere durch das Vermeiden der Konkurse der Zombi-Firmen und Zombi-Staaten.

Die Profilerin **Suzanne Grieger Langer** erzählt **hier**[101] live über Fallbeispiele der Korruption. Unter dem Titel "Skandale, Wucher, Ungereimtheiten" rechnet sie aus, dass im Gutachter(un-)wesen schon im Jahre 2015 kaum gerechtfertigte 648.000.000 € verdient wurden, die natürlich mit hoher Marge gewinnbringend sind und für Lobbyarbeit (als Schmiergeld) bei den Amtsträgern zur Verfügung stehen.

Die Journalistin **Ruth Schneeberger** recherchierte – vielleicht wegen persönlicher Betroffenheit – und spricht von einer "**Pflegemafia**"[102] und einem Gesamtschaden von **1 bis 2 Mrd. Euro** (und erkannte wohl auch die darin liegende Versuchung – mehr **hier**[103]).

---

99 https://youtu.be/rQCvB0XZ8MU?t=401
100 Siehe z. B. den begleiteten Überfall vom 03.03.2021 auf Frau Dr. Svetlana Heuser: https://heuser-und-schneeberger.de
101 https://youtu.be/pNUQierNcz0
102 https://youtu.be/CzJqEpatWMY?t=2300
103 https://www.heuser-und-schneeberger.de/

Die im kleinen ablaufenden Mechanismen gelten ebenfalls im großen:

In der Finanzkrise 2008/2009 wurden fast alle Probleme lediglich mit 'klugen Sprüchen' beantwortet. Eventualverpflichtungen wie Rettungsschirme (Bürgschaften auf mittel ferne Zukunft), Bail-Outs von Pleitiers, die Gründung von Zweckgesellschaften wie Bad-Banks und andere, wie Gelddrucken wirkende Mechanismen dienten der Schuld(en)verschiebung. Man erkaufte sich Zeit, aber löste kaum ein einziges Problem auf ursächlicher Ebene. Es kam, wie es kommen musste, die Zeit verstrich und ein noch größerer Finanzcrash als 2008/2009 erschien vorhersehbar.

So wusste **Dr. Markus Krall** – immerhin **der Architekt der europäischen Banken-Rating-Instrumentarien** - schon am 26.10.2019 auf der **World of Value**[104] zu berichten:

- (**19:25**) mit der Methode der "risikogewichtete Aktiva" habe er einen "ziemlich eleganten Weg" der sachgerechten Bewertung gefunden [nur den Negativzins hatte er da noch nicht auf dem Zettel],
- (**19:55**) Die Banken hätten nicht ihr Eigenkapital von 8% auf 12% erhöht, sondern bereits 50% davon aufgelöst,
- (**27:20**) Die Nullzinspolitik sei ein Programm zum Völkerselbstmord,
- (**32:20**) 2.500 Mrd. würden gebraucht (und nach einem Crash das Dreifache!); vorhanden seien aber nur 1.600,
- (**35:30**) an allen Ecken und Enden seien Warnsignale, wie z. B. 1 Billion in das Geldsystem von den USA hineingepumpte Geld,
- (**41:09**) es käme bald eine Hyperinflation mit 50% pro Monat,
- (**43:17**) Die ganze Antifa habe 'nur' ca. 2000 Leute, finanziert zu 400 Euro pro Woche [was einen Jahres-Etat von 41 Mio bedeutet].

Nach diesem – für sicher gehaltenen – kommenden Crash kann auch der vorgenannte Mechanismus, die Verschleierung der eigenen Schuld als Grund dafür angesehen werden, dass

den Mächtigen und Verantwortlichen die Corona-Krise
nur allzu gelegen kam.

Dass auch **Olaf Scholz** mit seiner Falschaussage und **angezeigten**[105] Beihilfe zu Steuerhinterziehung i.H.v. 47 Millionen Euro durch Cum-Ex-Geschäfte des Bankhauses **M.M.Warburg & CO** zu den erpressbaren Karrieristen zählt, darf angesichts der laut **Dr. iur. h.c. Gerhard Strate** "schlanken wie rechtlich unzutreffenden Argumentation" des Einstellungsbescheides angenommen werden. Dr. Strate bleibt aber drann und vermutet, dass [die ja grundsätzlich weisungsgebundene Staatsanwaltschaft] mit der Einstellung vorläufiger Ermittlungen genau bis eine Woche nach der Verjährung gewartet habe.

Beamte und Richter in NRW erhalten spätestens zum 31.03.2022 (für ihr bislang überwiegend braves Mitmachen) 1.300 Euro steuerfreie Corona-Prämie[106].

104https://youtu.be/RAaMvmr1220

105https://strate.net/verfahren/strafanzeige-gegen-olaf-scholz-und-dr-peter-tschentscher/
106https://youtu.be/AWetqW_eiI0?t=1100

4 Zur konstitutiven 'Rest-Verfasstheit' des Rechtsstaates:

4.1 Menschenwürde und Wesenskern verloren – und statt dessen: Gesundheitsdiktatur!

Art. 1 (1) GG lautet:

> "Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt."

Art. 19 (2) GG lautet:

> "In keinem Falle darf ein Grundrecht in seinem Wesensgehalt angetastet werden."

Gezwungen zu werden, mit den Masken der vorgeschriebenen Bauart die **eigenen Exkremente** zurück zu atmen, wird als entwürdigend geltend gemacht!

1 BvR 1476/91[107] vom 10.10.1995 besagt unter Rn. 121:

> "… die Menschenwürde ist als Wurzel aller Grundrechte mit keinem Einzelgrundrecht abwägungsfähig. …"

1 BVR 357/05[108] vom 09.11.2005 verneinte die vorgelegte Frage, ob der Rechtsstaat "**Leben gegen Leben** abwägen dürfe" nur indirekt, erklärte jedoch unter Rn. 85:

> "Jedes menschliche Leben ist als solches gleich wertvoll … Obwohl es innerhalb der grundgesetzlichen Ordnung einen Höchstwert darstellt, ... [kann] in das Grundrecht auf Leben ... auf der Grundlage eines förmlichen Parlamentsgesetzes … eingegriffen werden. Voraussetzung dafür ist aber, dass das betreffende Gesetz in jeder Hinsicht den Anforderungen des Grundgesetzes entspricht.
>
> - Es muss kompetenzgemäß erlassen worden sein,
> - nach **Art. 19 Abs. 2 GG** den Wesensgehalt des Grundrechts unangetastet lassen und
> - darf auch sonst den Grundentscheidungen der Verfassung nicht widersprechen."

Art. 20 (2) S. 1 GG lautet:

> "Alle Staatsgewalt geht vom Volke aus."

Zu spüren sind aber nur lauter Machtwirkungen die das Volk niemals veranlasst hat.

---

107 https://leak6.de/biblio/1_BvR_1476-1991%20Soldaten_sind_Moerder.pdf
108 https://leak6.de/biblio/1_BvR_0357-2005%20Kein_vorbeugender_Flugzeugabschuss.pdf

4.2 Ischgl: Man hatte es besser gewusst: Tatsächlich keine wirkliche Bedrohung!

Bereits die Hyphothese **A** (**Kap.** 3.6.5), "Die unüberschaubare Todesgefahr ist um jeden Preis abzuwenden") entbehrt jeder Grundlage und dies wusste man auch schon sehr früh.

Am 05.02.2020 trat der in Europa erste Fall von Corona im Österreichischen Ischgl auf (**Anlage B401**). Zu diesem Zeitpunkt konnte sich das Virus auf den bekannten konventionellen Wegen im natürlichen Umfang verbreiten, denn dort wurden - wie beim Superspreader-Event von Heinsberg - noch keinerlei Maßnahmen angewendet.

Am 25.06.2020 (die Heinsberg-Studie war schneller) wurden die Ergebnisse der **Ischgl-Studie** der Universität Innsbruck vorgestellt. Einige der Kernaussagen aus deren Pressemeldung (**Anlage B402**) seien hier nun aufbereitet:

- 1.473 Menschen und 79% der folglich 1860 dortigen Bewohner nahmen an der Studie teil, darunter 1.259 Erwachsene und 214 Kinder.
- Die Studie zeichnet sich somit als "**populationsbasierte Querschnittsstudie**" aus.
- Die so genannte "Seroprävalenz" (Anteil der Menschen mit Antikörpern gegen SARS-CoV-2) der Studienteilnehmer von Ischgl lag bei 42,4 Prozent! Folglich hatte das Immunsystem von 624 Menschen aus eigener Kraft (ohne Impfung) die richtige Antwort auf die original-Bedrohung parat.
- Lediglich neun (= 1,4% der 624) Menschen mussten im Krankenhaus behandelt werden,
- **ein einziger starb** (Quelle: Panorama-Bericht vom gleichen Tage über dieselbe Studie, **Anlage B403**).
- Die Studienleiterin **von Laer** kommentiert vorsichtig, dass "damit die Ischgler Bevölkerung doch zu einem Gutteil geschützt sein dürfte" und
- formuliert in Respekt zu der ursprünglichen Bedeutung des Wortes "Immunität", welches (bevor es Gehirnwäsche artig mit dem Sinn der Teilnahme an einer mRNA-Gentherapie umgedeutet wurde) eigentlich den vollkommenen Schutz bedeutet (orange hervorgehoben), dass "damit [noch] nicht von einer Herdenimmunität auszugehen ist".

Was eigentlich wie ein Evangelium als frohe, erlösende Botschaft um die Welt hätte gehen müssen, nämlich dass ohne jede Maßnahme von 1860 Bewohnern auf natürlichem Wege nur ein einziger an oder mit dem Virus sterben muss, das wurde vollständig verschwiegen - statt dessen wurde Ischgl medial als Bösewicht herausgestellt und strafbeanzeigt (**Anlage B404**).

Hinweis: Auch das RKI hatte es - mindestens seit dem 24.09.2020 - besser gewusst, wie **Prof. Dr. Martin Schwab** im Video (siehe **Kap.** 4.6) bei Minute 7:45 mit Bezug auf das "Epidemiologische Bulletin 39" (**Anlage B405**) herausstellt.

4.3 Untaugliche Maßnahmen konnten nur gegen eine unwirkliche Bedrohung wirksam erscheinen

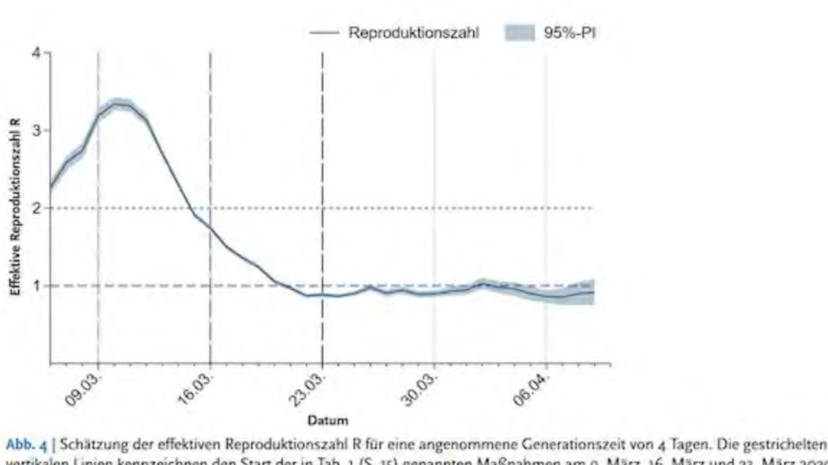


Abb. 4 | Schätzung der effektiven Reproduktionszahl R für eine angenommene Generationszeit von 4 Tagen. Die gestrichelten vertikalen Linien kennzeichnen den Start der in Tab. 1 (S. 15) genannten Maßnahmen am 9. März, 16. März und 23. März 2020.

Die Politik sah das Land als von einer Naturkatastrophe nie dagewesenen Ausmaßes bedroht an (**Kap.** 3.6.5, Hypothese **A**) und sich selbst zu schnellem Handeln verpflichtet.

Die 'angeblich' besten Quellen der Lageeinschätzung sprachen bezüglich des Infektionsgeschehens von einem exponentiellem Wachstum der Todesfälle, was man nur all zu schnell - mindestens gedanklich - bis zur Ausrottung der gesamten Bevölkerung hochrechnete. Grundlage dieser exponentiellen Rechnung war im Frühjahr 2020 der so genannte "R-Wert". Ab dem 21.03.2020 lag der R-Wert bereits unter 1 Lt. dem RKI (gekürzt: **Anlage B406**[109]). Somit war der ab dem 23.03.2020 (**Anlage B407**[110]) angeordnete

LOCKDOWN NICHT ERFORDERLICH!

Die vorherrschende Meinung, abgeleitet nicht aus den verbalen Debatten, sondern aus dem (als ehrlicher anzusehendem) tatsächlichen Handeln der Allgemeinheit - einschließlich der Führungskräfte (!) - war jedoch stets so, dass die Hypothese **A** ("jetzt geht es ums Überleben!") wohl letztendlich nicht ganz schlüssig sei. Handelte es sich bei der vorliegenden Corona-Pandemie tatsächlich um ein alles bedrohendes Virus, dann hätten die Menschen getragene Masken nicht an ihren Fahrzeug-Innenspiegel gehangen, sondern mobile Maskenverbrennungsöfen mit sich geführt.



Laut dem RKI (Stand 08.04.2022) hat Deutschland (**Anlage B408**):

- **22.441.051 Fälle**,
- davon 982.220 neue Fälle in den letzten 7 Tagen bei
- insgesamt 131.370 'an oder mit' Corona Verstorbenen sowie
- 158 Todesfälle / 100.000 Einwohner

Dies bedeutet - Fälle **ohne Dunkelziffer** bezogen auf ganz Deutschland (83.756.658 Einwohner) - dass durchschnittlich **mehr jeder vierte (1/3,73)** schon zum Fall wurde!

Somit müssen:

1. sämtliche Regierungsmaßnahmen zur Eindämmung von 'Fällen' als gescheitert gelten sowie
2. erkannt werden, dass ein 'Fall' nicht sonderlich schlimm ist. Denn die Sterblichkeit ist sehr gering:

   Wenn es in Deutschland seit Beginn der Zählung der Corona-Toten (766 Tage) zu 156 Todesfällen pro 100.000 Einwohnern kam, dann müsste man 100.000 Einwohner 766 Tage lang beobachten, um 158 Tote registrieren zu können. Durchschnittlich käme jeder einzelne Tote also nach 766:158 = 4,848 Tagen. Beobachtete man aber eine kleinere Gruppe, z. B- nur 1/10-tel, also 10.000 Menschen mit gleicher Corona-Sterblichkeit, dann träten die Todesfälle in man 10 Mal größeren Abständen auf, d. h. alle Ø 48,48 Tage. Beobachtet man nur einen (z. B. nur sich selbst), so stirbt derselbe deswegen im Durchschnitt nach 484.810 Tagen.

109 https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/17_20.pdf?__blob=publicationFile#Page=14
110 https://www.land.nrw/pressemitteilung/landesregierung-beschliesst-weitreichendes-kontaktverbot-und-weitere-massnahmen-zur

Für das persönliche Sterberisiko bedeutet das umgerechnet:

Man stirbt in Deutschland im Durchschnitt alle 1.327 Jahre einmal 'an oder mit' Corona!

Dass dabei das median durchschnittliche Sterbealter der als 'an oder mit' Corona verstorben Erfassten sogar höher liegt, als das durchschnittliche der Deutschen wundert nach diesen natürlich nicht mehr, was ein weiterer Beleg des mangelhaften Wahrheitsgehaltes der offiziellen Argumentation zu werten ist, denn dann wäre eine Corona-Infektion schon eine lebensverlängernde Therapie.

Nun mag man einwenden, dass erst die Mutante 'Omikron' derart harmlos war und man vorher keine besseren Erkenntnisse hatte, doch dies stimmt nicht,

4.3.1 Sie lügen uns an! - Gewaltmonopol ja, Legitimität von Lügnern und Lügenwerken: NEIN!

Sehr fraglich ist vor allem die These **D**, "Wir sind die Guten (**Kap.** 3.6.5)". Tatsächlich aber sind die Politiker nicht die Guten, damit der Gesetzgeber auch nicht mehr und die staatliche Legitimität ist - insoweit - verloren:

- **Die Politiker lügen uns an**[111], denn Niemand hatte je die Absicht eine Mauer zu errichten[112]
- sie stellen sich nicht dem Dialog,
- sie klatschen im Parlament, wenn ihre Parteikollegen reden und es die Sprachmelodie nahelegt,
- sie sind Mitmacher und Dilettanten, nicht selten ohne eigenen Beruf,
- dabei sein ist für sie alles. Um auf dem Listenplatz ihrer Partei zu bleiben machen sie sich tendenziell zu einem Clone des Parteiprogramms und handeln nicht mehr gemäß **Art. 38 (1) GG** allein nach ihrem Gewissen.



Der Finanzexperte **Dr. Markus Krall** spricht davon, dass aufgrund der derzeitigen Diätenregelung eine Negativauswahl der Politiker stattfände, **hier**[113] wörtlich von einer "adversen Selektion von Politikern".

Das Grundgesetz sieht aber eine Bestenauslese vor. **Art. 33 (2) GG** lautet:

> "Jeder Deutsche hat **nach seiner Eignung, Befähigung und fachlichen Leistung** gleichen Zugang zu jedem öffentlichen Amte."

Die Mitarbeiter aller Ministerien (siehe RKI und BMI in Kap. 4.6!) sind zwar theoretisch der Verfassung verpflichtet, aber praktisch den schneller (und notfalls persönlich drakonisch) wirkenden Weisungen der Regierung unterworfen.

Im Falle eines Staatsstreiches durch die Regierung selbst haben diese größte Gewissenskonflikte und vorliegende Coronapandemie zeigt nach Ansicht des Autors, dass unser Grundgesetz nicht hinreichend vor seiner Abschaffung geschützt ist, also mindestens und dringend nachgebessert werden muss.

111 https://youtu.be/h-wTUg2DuQ4
112 https://youtu.be/jLhYIqiJlEA
113 https://youtu.be/ANShdRfyQ_8

4.4 Nicht mehr als Propaganda und Gewalt

Wie zu der Frage (**Kap.** 3.6.5, Hypothese **A**):
"hatte es die Welt mit einer alles bedrohenden Seuche zu tun?"
die derzeit herrschende Meinung durchgesetzt wurde:

Nach Ansicht des Autors waren es jedenfalls **nicht die besseren Argumente**, sondern vielmehr kommt die Politik jetzt aus ihrem Lügengebäude nicht mehr heraus und muss nun ihr eigenes falsches Handeln mit immer mehr Nachdruck verteidigen und die Aufmerksamkeit von den grundlegenden Fehlentscheidungen ablenken. Insbesondere kann sie es sich nicht eingestehen, dass sie nicht viel tun konnte und nicht viel tun kann, als lauter Unfug. Dabei muss sie das Heft des Handelns krampfhaft festhalten, bevor man ihre ungenügende Performance bemerkt.

Ungeimpfte erfreuen sich keiner schlechteren Gesundheit, als Geimpfte,
viele haben die Originalbedrohung aus eigener Kraft bezwungen
und leiden jedenfalls schon mal nicht unter Impfnebenwirkungen.

Aber freie Impfentscheidung des Einzelnen darf nicht einmal denen gewährt werden, die es am besten wissen: Den Krankenschwestern, die auch noch in der Pandemie die Zeit zum Tanzen[114]fanden.

Wenn diese angeblichen Wahrheiten plausibel wären, dann bräuchte man sie nicht erzwingen!

RA Luitwin Kiefer las am 11.03.2022 auf der dritten Demo der Anwälte für Aufklärung vor dem Bundesverfassungsgericht vor (sinngemäß) **vor**[115]:

> "In Italien wird wegen des Ukrainekonflikts mit Verordnungen und Dekreten regiert, in Deuschland gilt das Ermächtigungsgesetz per se ein Jahr über die Pandemie nationaler Tragweite hinaus. ... Das ist in beiden Fällen eine diktatorische und totalitäre Agenda!"

Und weiter **wörtlich**[116]:

> "Wenn du überredet, ermahnt, unter Druck gesetzt, belogen, durch Anreize gelockt, gezwungen, gemobbt, bloßgestellt, beschuldigt, bedroht, bestraft und kriminalisiert werden musst, wenn all dies notwendig erachtet wird, um deine Zustimmung zu erlangen, kannst du absolut sicher sein, dass das, was angepriesen wird, **nicht** zu deinem Besten ist."

Dies ist die moralische Begründung, warum die Freiheitsrechte zum Wohle des Bürgers **beim** Bürger bleiben müssen: Wenigstens für seine eigene körperliche Unversehrtheit muss er die in keiner Weise mehr glaubwürdigen Lügen ablehnen dürfen!

Zur Hypothese "D": "Nein, sooo böse können sie doch nicht sein!"

Die Panik wurde u. a. mit (recht leichten) Leichen und doppelten Krankenhausbildern inszeniert.



114https://youtu.be/oTQ9N8qXiZo + https://youtu.be/D24X3tRuaXA + https://youtu.be/SZbvOLhtk24 + https://t.me/covidredpills/1165
115https://youtu.be/DooPCKjofhw?t=9686
116https://youtu.be/DooPCKjofhw?t=9769



Zweierlei Maß: Am 29.08.2020 wurde eine große, friedliche Demonstration grundrechtsbesorgter Bürger nicht nur medial kleingeredet (siehe Bild links und im Video von **Dr. Bodo Schiffmann ab Minute 16:43**[117]!).



Staatlich Inszenierte Verleumdung: Um von der recht großen Berliner Querdenker-Demonstration abzulenken inszenierte man das so genannte '**Stürmchen auf den Reichstag**': Innerhalb der Bannmeile des Bundestages, im Bild links oben im rot eingekreisten Gebiet demonstriert regelmäßig ein gewisser **Rüdiger Classen** mit staatskritischen Themen (er betreibt die Website staatenlos.info) und versammelt dabei seine Gemeinde und verkündet dabei eine friedliche und überwiegend in sich stimmige Dogmatik, enthaltend allerlei Sondervokabular. Man könnte sich fragen, ob dies eine langfristig eingefädelte bezahlte Opposition ist um die Gemeinde der vom (Rechts-)Staat Enttäuschten unter Kontrolle zu haben, doch darauf kommt es hier nicht an. Jedenfalls am 29.08.2020 war diese angestammte Bühne nicht von Rüdiger besetzt, sondern von einer gewissen **Tamara K.**, welche eine von den Querdenkern getrennte Zuhörerschaft mit der recht skurrilen Begründung, Trump wäre in Berlin, aufforderte auf die Treppen des Reichstages zu gehen, was diese auch taten und danach vielfach Selfies machten. **Markus Fiedler** beweist in **diesem Video**[118], dass der Staat an der Aktion beteiligt war.



Am 25.11.2020 meldete die Junge Freiheit (**Anlage B409**[119]), die Bundesregierung habe sich auf **eine Milliarde Euro für "Kampf gegen Rechts"** geeinigt. "Das Vorhaben solle die Ursachen von Rechtsextremismus und Rassismus besser verstehen lernen, dem Handeln von Rechtsextremen als starker Staat Antworten geben und die Förderung der demokratischen Zivilgesellschaft stärken", so die Bundesregierung.



Paradox: Dieses Geld wird zur Inspiration junger Menschen verwendet, sich gegen die zu wenden, die gerade das Abgleiten in die Diktatur verhindern wollen.

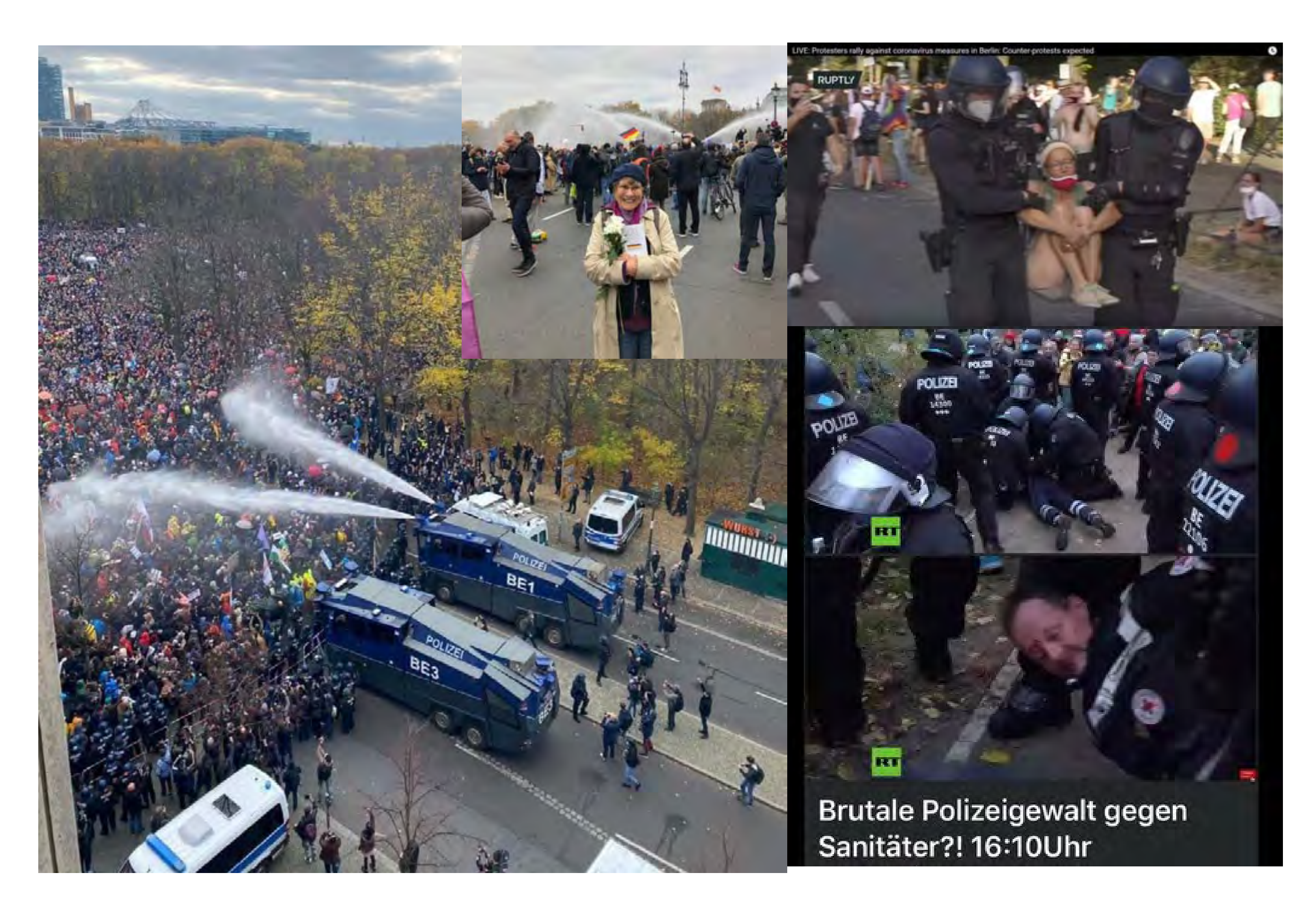
Es ist zu fragen, wer hat diese jungen Menschen geschickt und wie kommen sie darauf, sich vor einen Sabbathalter zu stellen, als wäre er ein Nazi, ohne vorher mit ihm zu sprechen?

Diese von den sicherlich dem linken Spektrum zuzuordnenden - wenigstens friedliche - Gegendemonstration wird diesseits als ein Teil der bundesweit mit finanzierten Kampagne angesehen (man beachte: Das

117 https://leak6.de/yt-reuploads/2020-09-01%20QuqPSFMeokg%20AAMDBS-Corona_133-Beginnende_Zweifel_im_Mainstream.mp4
118 Reichsbürger und Reichstag - eine Inszenierung? #43 Wikihausen: https://www.youtube.com/watch?v=e2fhPwYrdzw
119 https://jungefreiheit.de/politik/deutschland/2020/kampf-gegen-rechts1/

Geld war zum besseren Verständnis ausgelobt, aber gesprochen wird mit dem vermeintlichen Nazi: **nicht**). Der angeblich hehre Zweck wirkt also tatsächlich verleumderisch.

Friedlicher Widerstand und Polizeigewalt: Am 18.11.2020, als der Bundestag - mit vielen selbst ziemlich **ahnungslosen Abgeordneten**[120] - ein Grundrecht beschränkendes Ermächtigungsgesetz beschloss, richtete die Polizeigewalt in Berlin ihre Wasserwerfer auf die friedlichen Demonstranten, trug Widerständlerinnen weg und **schreckte dabei nicht einmal vor Gewalt gegen Sanitätern zurück**[121].



Die Bundeszentrale für politische Bildung gibt aus dem Politiklexikon von Schubert, Klaus/Martina Klein zum Begriff '**Faschismus**' u. a. wieder (**Anlage B410**), was hier sinngemäß wiedergegeben sei:

Faschismus ist ursprünglich eine Selbstbezeichnung, abgeleitet vom ital. 'fascio', was 'Rutenbündel' und die Stärke und Überlegenheit des Bundes gegenüber dem Einzelnen bedeutet mit den Merkmalen:

1. Ein Führerprinzip befördert die Übernahme der Macht im Staat.
2. Faschismus gilt als "totalitäres Regime" sowie als antidemokratisch.
3. Voraussetzung für seinen damaligen Erfolg waren eine ökonomische Verelendung eine bereits stattfindende Auflösung der traditionellen (auch politischen) Werteordnung.

Mit dem Unterschied, dass die Einführung der "neuen Normalität" in der "Neuen Weltordnung" nicht über das Führerprinzip, sondern über die kaum sichtbare Lobbymacht von Stiftungen, Verbänden, teils geheime Logen mit Hinterzimmern aller Art dennoch auf eine prinzipielle Art und Weise stattfindet, können alle drei obige Merkmale als zu besorgen erkannt werden. **Wollen wir warten, bis [damals und heute] vergleichbar ist?**[122]

120https://youtu.be/I6OxJdk5sXU
121https://t.me/AllesAusserMainstream/1316
122https://leak6.de/yt-reuploads/verhaeltnismaessig_harmlos.mp4

4.5 Die Maske ist Propagandawaffe im Propagandakrieg

Propaganda Bestandteil aller Kriege:



Allgemein anerkannt ist die Aussage, dass die Wahrheit das erste Opfer in Kriegen sei. Die Wahrheit kann man sich dann, wenn zum Überleben exorbitante Anstrengungen erforderlich scheinen, einfach nicht mehr leisten. Die Wahrheit, erscheint als Luxusgut, weil sie den teuren Verzicht auf – ansonsten (erlogen) recht billig – nutzbare Chancen implizierte. Die folge ist, dass so gut wie jeder Krieg von allen Seiten mit (euphemistisch) 'psychologischer Kriegsführung' begleitet wird. Hierbei spielen Bilder eine herausragende Rolle. Die **WELT** schrieb am 22.01.1998[123] zum Vietnam-Krieg mit seiner 'Heimatfront' aus demonstrierende 'Pazifisten',

> "Die Nation aber schwankt zwischen Zorn und Frustration. Denn nie zuvor war sie so intensiv Augenzeuge eines Kriegs geworden. Vietnam war Amerikas erster Fernsehkrieg, er wurde der Nation direkt ins Wohnzimmer getragen. Und dieses Erlebnis hinterließ Spuren."

Eine (so genannte) Reaktion habe später erklärt, so **Deutschlandfunk**[124]

> "der Vietnamkrieg sei an der Heimatfront verloren worden, durch die Medien."

Die **WELT** schreibt weiter, zum späteren Golfkrieg, dass er

> "unter Ausschluß der Öffentlichkeit stattfand. Er sollte und durfte nicht mehr in den amerikanischen Wohnzimmern stattfinden, und so ließ man keine Fernsehcrew an die Front."

Propagandakrieg vielfach gestützt



Christoph Pfluger erläuterte am 23.02.2022 gegenüber **Daniele Ganser**, "Die Maske ist absolut symbolisch!"

Das **Maskentragen im Supermarkt** erfüllt allein schon den psychologischen Zweck: Wir bringen zum Ausdruck, wir sind alle solidarisch, konform und vernünftig – und deshalb leisten wir unseren Beitrag zum Schutz der Gemeinschaft.

Man stelle sich nur einmal das Pendant zu dieser Message vor:

> "Der ungeimpfte Senior verkündete nach 10 Tagen Quarantäne ohne Maske im Supermarkt:
>
> **Ich bin ganz von alleine genesen,**
> **produziere deshalb keine Viren mehr**
> **und brauche eine Maske**
> **weder für euch noch für mich!**"

Auch dann wäre die ganze schöne Pandemie in Nullkommanichts kaputt gewesen.

123 https://www.welt.de/print-welt/article597934/Eine-Luege-die-58-134-Amerikaner-das-Leben-kostete.html
124 https://www.deutschlandfunk.de/die-kultur-der-niederlage-102.html

Der psychologische Effekt der Maske ist – angesichts der für den Fremdschutz negativen Hauptwirkung auch der einzige nachweisliche Zweck.

Die Regierung jedenfalls hat das Vertrauen verspielt. 57% der Deutschen vertrauen den amtlichen Corona-Zahlen nicht mehr - so eine Insa-Umfrage für Bild – und wünschen sich demzufolge sicherlich eine baldige konsequente Aufklärung.[125]



EXKLUSIVE BILD-UMFRAGE ZEIGT

Kaum noch Vertrauen in Corona-Zahlen



Foto: Getty Images

Von LYDIA ROSENFELDER
03.01.2022 - 14:35 Uhr

Die Deutschen misstrauen den amtlichen Corona-Zahlen, ergab eine Umfrage für BILD: 57 Prozent geben nichts mehr auf die Werte des Robert-Koch-Instituts (RKI). Nur jeder Dritte glaubt noch, dass sie stimmen.

Der Propagandakrieg ist unwiderleglich

Da das Verleugnen des Führens eines Propagandakrieges Teil eben dieses Propagandakrieges sein kann, ist die These des Bestehens eines Propagandakrieges unwiderleglich.

Die hier zahlreich dargelegten Indizien machen glaubhaft, dass es sich vorliegend jedenfalls nicht um eine unvertretbare, lediglich als Schutzbehauptung aufgestellte These handeln muss.

Diesem zufolge bliebe dem Rechtsstaat allenfalls noch die Prüfung des Gewissens des selbst behaupteten Kriegsdienst-Verweigeres, **Art. 4 (3) GG**:

> "Niemand darf gegen sein Gewissen zum Kriegsdienst mit der Waffe gezwungen werden. Das Nähere regelt ein Bundesgesetz."

Ebenso unwiderleglich ist angesichts des dargelegten Wissenschaftsbetruges, dass auch etwaige Studien, welche eine positive Fremdschutzwirkung zu belegen behaupten, Teil eines mit viel Geld konzertierten Propagandakrieges sein können.

Artikel 1 der UN-Menschenrechtserklärung, Resolution 217 A (III)[126] lautet:

> "Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen."

Der Geist der Brüderlichkeit aber verbietet es, seinen Mitmenschen so zu begegnen, dass man nicht signalisiert, es besser zu wissen.

Jeder, der an die negative medizinische Wirkung von Masken der lediglich vorgeschriebenen Bauart glaubt, muss daher das Maskentragen schon aus Gewissensgründen ablehnen.

125 https://leak6.de/Zeit_fuer_bedingungslose_Aufklaerung.pdf
126 https://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf

4.6 Die beseitigte Ordnung eröffnet das Widerstandsrecht

Wer lügt, genügt

- nicht der Freiheitlich demokratischen Grundordnung,
- nicht der Demokratie,
- nicht dem Grundgesetz,
- nicht der Rechtsstaatlichkeit im allgemeinen und auch
- nicht der Friedenssicherung sondern:

Wer lügt,

- steht außerhalb allem, was einen gesellschaftlichen Konsens ermöglicht.

Es ist zu besorgen, dass der Lügner nicht offengelegte Ziele verfolgt (sonst bräuchte er ja nicht zu lügen) und schlimmstenfalls sämtliche Gemeinschaftswerte (wie z. B. das Grundvertrauen in den Rechtsstaat) für seine Zwecke missbrauchen. Nach Auffassung des Autors ist schon wer lügt zu besorgen, dass er die in **Art. 20 (2+3) GG** beschriebene Gewaltwirkungsordnung beseitigen will.

Der Bielefelder Jura-Professor **Prof. Dr. Martin SCHWAB** führte am 11.03.2022 in seiner 25 Minuten dauernden Abrechnung mit den Richtern im Allgemeinen und mit dem Präsidenten des Bundesverfassungsgerichtes **Prof. Dr. Stephan Harbarth** - mit dem er gemeinsam die Schulbank drückte – im Besonderen (sinngemäß) aus:

Minute 7:28: Ich kann euch, den Richtern des Bundesverfassungsgerichts nicht abverlangen, dass ihr erkennt, wenn RKI irrt, wohl aber: wenn es lügt.

Minute 7:45: Es hätte ein Blick in das **Seite 5 des epidemiologischen Bulletins Nr. 39 des Jahres 2020** [vom 29.09.2020, **Anlage B405**, Quelle[127]] rechte Spalte unten genügt. dort steht:

> Das Virus ist auch noch Wochen nach überstandener Infektion nachweisbar. Dann vermehrt sich aber nichts mehr (§ 2 Nr. 2 IfSG)! Und Herr Wieler weiß ganz genau: das was da abgestrichen wird, ist nur noch der Müll von der letzten Party!

Minute 12:11: Wer vor der Frage steht, "Impfung oder Pleite?" kann überhaupt nicht mehr wirksam einwilligen und kein Arzt der Welt hätte noch rechtmäßig impfen dürfen. - Der Fall wäre – und zwar auch in der Hauptsache – damit erledigt gewesen!

Minute 13:11: Und zu den unangemeldeten Corona-Spaziergängen sagtet ihr, "das Verbot sei verfassungsgemäß, denn es geht ja um den Schutz der Gesundheit."

Minute 13:44: Und hier ist wieder der selbe Fehler: Der Mensch ist, indem er existiert und ausatmet, eine Gefahr für die Gesundheit. Den Unterschied zwischen Gefahr und Risiko, den wir seit Jahrzehnten im öffentlichen Recht hoch halten, habt ihr offensichtlich nicht verstanden!

Minute 14:54: Wenn ich gegen Corona-Maßnahmen demonstriere, dann demonstriere ich auch immer gegen die Maskenpflicht. Man stelle sich nur vor, man müsste gegen die Tabakindustrie mit Zigarette demonstrieren. Das gefährdet die Kommunikationsziele! Und ungesund sind die Masken genauso.

Minute 15:44: Stephan, guck doch mal, was es für schöne, peer-reviewte Studien gibt: Masken führen zu CO2-Rückatmung, Sauerstoff-Untersättigung, Hyperkapnie, alles mögliche, Einatmung von Keimen, Nanopartikeln, Mikropartikeln - Masken machen krank, das ist leider so!

Minute 16:36: Die 2G und 2G++ -Regelung im Bundestag schließt die demokratische Repräsentation des die diskriminierten MdBler wählenden Bevölkerungsteiles aus!

Minute 17:57: Wenn demokratisch gewählte Abgeordnete an ihrer Mandatsausübung gehindert sind, heißt es: ... Der Teil des Volkswillens wird mit diesem 2G++ ausradiert!

Minute 18:46: Als Demokrat werde ich mich dafür einsetzen, dass die, die gewählt sind, auch ihren Job machen dürfen - egal, von welcher Partei!

Minute 19:00: Dem Grundgesetz sind Abgeordnete zweiter Klasse fremd. - Es gibt auch kein Abgeordne-

127https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/39_20.pdf

tenmandat unter Impfvorbehalt.

Minute 19:20: In meinen Augen ist mit dieser Entscheidung die Grenze zur Widerstandslage nach (Art. 20 (4) GG) überschritten.

Ich habe mich mit 20IV lange zurück gehalten, aber jetzt ist das Maß voll:

Minute 19:50: Und noch ein weiterer Tiefpunkt - und Stephan, den hast du ganz allein zu verantworten. Auf einem Treffen der AfA raunte man (ist inzwischen zurück genommen): 2G++ ist nun auch beim Bundesverfassungsgericht und das gilt auch für Anwälte und Verfahrensbeteiligte.

Minute 20:21: Das stand einmal in einer Anordnung, die du, Stephan in Ausübung deines Hausrechts verantwortet hattest.

Minute 20:31: Rechtliches Gehör nur noch unter Impfvorbehalt - wie auch im Bundestag - eine fatale Signalwirkung: Ungeimpfte gehören gar nicht mehr dazu!

Minute 20:00: Unter deiner Leitung schützt das BVergG nicht unsere Grundrechte vor einer übergriffigen Regierung, sondern - umgekehrt - eine übergriffige Regierung vor den Grundrechten!

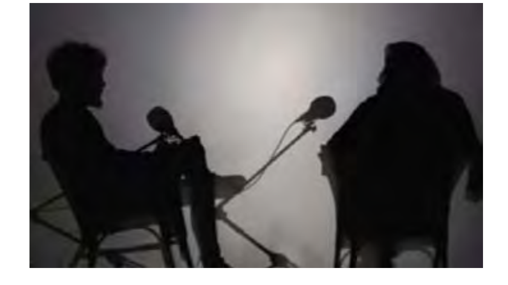
Minute 22:32: Stephan, du bist als Bundesverfassungsrichter und erst recht als Bundesverfassungsgerichtspräsident nicht länger tragbar - und deine ganzen Kollegen aus dem ersten Senat auch nicht, und ettliche des zweiten Senats auch nicht.

Minute 22:58: Ich frage mich: "Welches Licht des Rechtsstaates grinst denn hier überhaupt noch, in diesem Gebäude?"

Minute 23:31: Heute ist die Gesellschaft gespalten und zersetzt, schuld daran ist eine perfide Medienpropaganda - und wir werden uns die Journalisten der alten Medien auch ein bisschen vorknöpfen müssen, nicht mit Gewalt, sondern durch kritische Analyse ihre Verwerflichkeit heraus arbeiten.

Minute 24:45: Wir Juristen alleine schaffen es nicht. Wir alle müssen unsere PS auf die Straße bringen und die friedliche Wende schaffen!

Die als Schreckgespenst an die Wand gemalte drohende Überlastung des Gesundheitssystems fand nicht statt, während die Exekutive nicht einmal ihrem Schutzauftrag nachkam, sondern vielmehr Intensivbetten abbaute und im Jahr 2020 mindestens **20 Krankenhäuser geschlossen werden mussten**.



Auch die als drohend beschriebene Triage fand in Deutschland nicht für die Behandlung von Coronaerkrankten statt, sondern tatsächlich in der vom Psychoterror überlasteten Kinderpsychologie.

Nicht einmal war im Jahr 2020 in Deutschland Demografie bereinigt eine Übersterblichkeit gegeben[128].

Über Weihnachten 2020 und Weihnachten 2021 konnten die Gesundheitsämter wegen Urlaub keine verlässlichen Daten liefern, was den Inhalt der Wistleblowerin[129] vom Gesundheitsamt glaubwürdig erscheinen lässt.



Die Regierung handelt nicht nach ihren eigenen Erkenntnissen (nicht **heute**[130] und auch nicht lt. dem 05.09.2020 geleakten **KM-4-Papiers mit Stellungnahme der Externen**[131]) der dafür zuständigen Ministerien, sondern **feuert lieber**[132] gewissenhafte Verantwortliche wie z. B. **Stephan Kohn**.

Stattdessen informierte die Regierung die Bevölkerung nicht nach bestem Wissen und Gewissen, sondern machte gezielt Panik. Im

128 https://youtu.be/CNw01Kdzkq4 + https://leak6.de/yt-reuploads/2021-01-27%20t.me%20Corona_Fakten%20570-Analysen,Grafiken_Covid-19_Deutschland.pdf
129 https://www.youtube.com/watch?v=5UggH5aXRrs
130 https://youtu.be/y7IgY-HGhMc
131 https://leak6.de/yt-reuploads/2020-05-11%20BMI-Papier_KM4-51000_mit_gemeinsamer_Erklaerung.pdf
132 https://youtu.be/eyLtvCQttp8

BMI-Corona-Strategiepapier (**Anlage B411**)[133], einer geleakten Verschlusssache (wörtlich: "VS, nur für den Dienstgebrauch") vom 22.03.2020 ist nachzulesen, wie die Panik im Einzelnen von den Funktionsträgern ausgemalt werden sollte und nicht selten auch ausgemalt wurde:

- schon **auf Seite 1** ein "Worst-Case-Szenario von **über einer Million Toten im Jahre 2020**",
- **auf Seite 4** das Schreckgespenst, dass über 80% der intensivpflichtigen Patienten von den Krankenhäusern mangels Kapazitäten abgewiesen werden müssten,
- **auf Seite 8**, dass Anarchie drohe und man möglicherweise zum "Holzhammer" greifen müsse,
- **auf Seite 9** (hier wörtlich, weil besonders brisant), "Entscheidend ist: Die Szenarien unterscheiden sich **nicht** oder nur mittelbar **nach der Ausbreitung der Virusinfektion** in Deutschland, sondern **nach den politisch durchgesetzten** und medizinisch notwendigen Reaktionen darauf. Die Dauer der Unterbrechung normaler Arbeitsteilung und Marktprozesse (hier national) ist dafür die maßgebliche Einflussgröße (woraus folgt, dass den 'Vorplanern' klar war, dass es nicht um eine Naturkatastrophe, sondern um Politik geht)."
- **auf Seite 13** eine (so wörtlich) "**gewünschte Schockwirkung**" könne erreicht werden, indem man auf die "Urangst" des Erstickens abstelle und insbesondere **Kindern könne man schlimme Schuldgefühle am Tod ihrer z. B. Eltern** einreden.
- **auf Seite 14** (wörtlich) "Um sie zu finden, braucht man unter sehr guten Bedingungen 20x mehr Tests als die Anzahl Fälle, die man finden möchte. (**Steuerung der Panik!**)" - Zahlenmanipulation geschah auch durch Ansagen, nicht mehr so genau zu testen (**Anlage B412**):
- **auf Seite 15** "längerfristig [werde] der Einsatz von Big Data und Location Tracking unumgänglich (was schließlich der Totalüberwachung unter Zerstörung des Datenschutzes den Weg öffnet)."
- **auf Seite 16** eine **Vorplanung des zu inszenierenden R-Wert-Verlaufs**, Zeitraum von "vor dem 16. März" bis "ab dem 27. April".

133https://leak6.de/yt-reuploads/2020-03-22%20BMI-Corona-Strategiepapier.pdf

In einer funktionierenden Demokratie mit effektiver parlamentarischer Opposition hätte die Regierung nach Bekanntwerden alles diesen schon Mitte 2020 zurücktreten müssen.

Doch die Regierungen – vor wie nach der Wahl – entpuppen sich stets als recht gute Pharma-Vertreter. Auch **Marc Friedrich** **resümiert vernichtend**[134]:

- entgegen aller Daten, Fakten und Statistiken will man in Deutschland unbedingt eine Impfpflicht durchsetzen,
- der Impfstoff wurde in Rekordzeit aus dem Hut gezaubert und dieser so "gut" getestet, dass man von Anfang an vorzugeben wusste, dass es keine Langzeitschäden gibt, aber nicht wusste, dass man sogar eine Drittimpfung braucht, um geschützt zu sein - nur um dann diese Aussage ebenso kleinlaut wieder einzukassieren. Fakt ist: Der Impfstoff macht nicht was uns am Anfang versprochen wurde und schützt nicht - weder vor Ansteckung, noch vor Weitergabe,
- Die einzige Studie, die als Grundlage für die Notfallzulassung des Pfizer Impfstoffes gilt, sollte 75 Jahre unter Verschluss gehalten werden,
- dabei geht aus dieser Studie hervor, dass es sehr wohl zu Reaktoren und Nebenwirkungen gekommen ist und sogar zu Todesfällen. Von 43.000 Probanden hatten etliche Nebenwirkungen registriert und 1.223 sind verstorben.
- Wieso wurden zwischen der EU und Pfizer Geheimverträge abgeschlossen, in denen [schon damals] explizit die Wirksamkeit des Impfstoffes sowie die Haftung für Schäden ausgeschlossen wurde?
- Im Vertrag verpflichtet sich die EU, sich schützend vor den Hersteller zu stellen und alle Schäden und Strafen von ihm abzuwehren. Ich dachte die EU soll uns Bürger schützen und nicht Pharmakonzerne.
- Wieso wurden von der Bundesregierung 544 Millionen Impfdosen bestellt? Das sind pro Bundesbürger, egal ob groß oder klein, 6,5 Impfungen. Braucht man dafür die Impfpflicht?

Ja, was weiß die Regierung denn sonst noch so alles?

Die Regierung arbeitet somit längst nicht mehr Amtseid gemäß an unserem Wohl, sondern zwingt uns mit Gewalt in ihre erlogene Erzählung. Spätestens der Zwangsglaube an die heilbringende Wirkung für den Einzelnen unkontrollierbarer Inhaltsstoffe stellt die grundsätzliche Rechenschaftspflicht des Staates vollends auf den Kopf.

Das Weimaer Urteil **6 OWi - 523 Js 202518/20**[135] vom 11.01.2021 (gekürzt in **Anlage B204**) sagt auf Seite 2, dass

> "§ 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 3. ThürSARS-CoV-2-EindmaßnVO **verfassungswidrig und damit nichtig** sind",

weil es in ganz Deutschland keine epidemische Lage nationaler Tragweite gegeben hatte. Somit sind eigentlich

Deutschland weit sämtliche Corona-Zwangsmaßnahmen als unbegründet zurückzunehmen!

Das Bundesverfassungsgericht die Regierung nach **Art. 18 GG** abberufen. Aber seine Richter verdanken ja ihre Ernennung eben derselben. So wundert es nicht, dass auch das höchste deutsche Gericht sich in einer äußerst seltsamen Logik verfängt. Mit dem Beschluss **1 BvR 781/21**[136] vom 19.11.2021 winkte es die Bundesnotbremse auf widersinnige Art und Weise durch:

Unter Rn. 178 stellte es fest,

> "Der Sieben-Tage-Reproduktionswert-Wert (R-Wert) lag um 1."

Um dann unter Rn. 182 eine der dargelegten **FDGO** zuwider laufende **Beweislastverkehr** zu begehen.

134 https://www.friedrich-partner.de/blog-post/alles-spricht-gegen-eine-impfpflicht
135 vollständig inkl. Anlagen zu finden: https://leak6.de/biblio/AG-Weimar%206_OWi-523_Js_202518-2020.pdf
136 https://leak6.de/biblio/1_BvR_0781-2021%20Bundesnotbremse_verfassungsgemaess.pdf

Nicht der Eingriff in die Freiheitsrechte muss belastbar bewiesen werden, sondern das Nichtvorliegen einer Gefahr:

> "Belastbare Erkenntnisse, wonach nur geringe oder keine Gefahren für Leben und Gesundheit durch eine Infektion oder nur geringe oder keine Gefahren auch durch Überlastung des Gesundheitssystems vorlägen, waren jedoch nicht vorhanden."

< Und der Blick nach Schweden war natürlich auch nicht möglich.>

Die beseitigte Ordnung eröffnet aber nicht nur das Widerstandsrecht, sondern – weil nicht alle Menschen die unglaublich schlimmen Wahrheiten gleichzeitig erfahren können – spaltet sie auch die Bevölkerung und wird zum Selbstläufer. Immer mehr Menschen meinen Unrecht tun zu dürfen, immer mehr Rechtssachen entstehen und immer geringere Möglichkeiten der sorgfältigen Rechtsfindung verbleiben. Vorliegend gehen



4.6.1 Verbrechen gegen die Menschlichkeit

vonstatten, wie ein einziger Blick auf das Bild rechts, einem Sreenshot des Videos **CORONA - Insider spricht Klartext! (PCR, Inzidenzen, Impfungen)** [137]offenbart.



Und dieses muss wohl als Ablenkung vom Versagen in der Finanzkrise verstanden werden, wobei von dieser (Corona-)Krise nun wiederum eine weitere Ablenkung ansteht. Unser **strafbeangezeigte** und allein schon deshalb (von den 'richtigen') erpressbare jetziger Bundeskanzler tut alles dafür, dass Deutschland in einen größeren Krieg verwickelt wird. Der Weise Salomo wusste (**Sprüche 26, 17**),

> "Wer … sich mengt in fremden Streit, der ist wie einer, der den Hund bei den Ohren zwackt."

Deutschland aber macht sich – ohne dass ein Bündnisfall drohte, denn die Ukraine ist **nicht** in der Nato – selbst zur Kriegspartei, **bestellt**[138] (durch das Verteidigungsministerium) die Angriffswaffe 'atomar bestückbarer Tarnkappenbomber' wobei es bei Tarnkappenbombern sogar noch die zusätzliche Gefahr droht, dass ein anderer Staat Bomben wirft und sagt, "wir waren es gar nicht."

Alle Staatsgewalten einschließend Gesetzgebung, Regierung, Opposition, Verwaltung, Rechtsprechung und auch die Presse sind derzeit vom pflichtgemäßen Handeln über alle Maßen entfernt.

Es ist bei Diktaturen üblich, dass die Menschen mit unterschiedlich großer Begeisterung 'mitmachen'. So zeigt das Bundesarchiv den Hitlergruß beim Einmarsch deutscher Truppen in Eger je eine der drei Damen (v.l.n.r.): Jubelnd, verhalten und weinend.



Uns allen wurden zwei Jahre gestohlen und der größte denkbare Unfug in uns reingehämmert. Doch die Realität wird uns einholen; nach Ansicht des Autors ist es schon jetzt allerhöchste

Zeit für bedingungslose Aufklärung![139]

137Mit Zeitmarke zum Bild: https://youtu.be/cMsVDyb1UJI?t=2643
138https://www.youtube.com/watch?v=3pWMW2GvmIs
139https://leak6.de/Zeit_fuer_bedingungslose_Aufklaerung.pdf

Zusammenfassung der Rechtslage:

Zwar könnte aus Richtermacht heraus - verurteilt werden, aus dem Recht heraus aber keinesfalls, jedenfalls nicht solange:

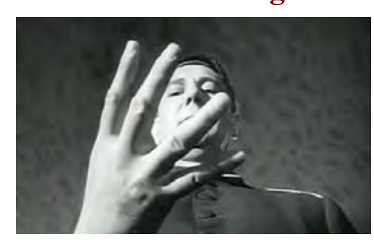
- die Zweckdienlichkeit der Masken vorgeschriebenen Art nicht nachgewiesen wäre, wozu denknotwendig:
- auch **das Maskenparadox** widerlegt werden müsste, wozu wiederum denknotwendig:
- die seit 1845 anerkannte von Kirchhoff postulierte physikalische Knotenregel widerlegt werden müsste.

  Anderslautende Studien sind keine Widerlegung, weil sie – im Gegensatz zum dargelegten Maskenparadoxon - grundsätzlich das Vertrauen in die ordentliche Durchführung erfordert.

Vertrauen kann nicht erzwungen werden,
Vertrauen ist die Währung der Zukunft!

Der, der von sich sagte (**Joh. 14,6**),

Ich bin der Weg
und die Wahrheit
und das Leben



der sagte auch (**Matth. 24,35**),

Himmel und Erde werden vergehen;
aber meine Worte
werden nicht vergehen.

1949 schrieb **George Orwell** die Dystopie **1984**[140],
in welcher Winston Smith anerkennen sollte, dass
2 + 2 nicht mehr 4, sondern 5 seien.

Ob sich die unheilige Allianz aus überbordenem Reichtum und Staatsgewalt,

- noch so namhafte Studien beschafft,
- ihre Version der Wahrheit auf ihrem Weg mit passend gemachten Gesetzen legalisiert – oder
- die ganze Welt in Schutt und Asche legt,

Auch danach werden 2 + 2 immer noch 4 sein!



Vorliegend wurde mit dem Zwang zu einer untauglichen Maske versucht, eine selbstschädigende Solidarität für eine tatsächlich nicht vorhandene Pandemie zu erpressen. Das 'herrschende System' aber ist nicht mehr der Vertreter einer solidarischen Gemeinschaft, seine Appelle an Solidarität sind Heuchelei – tatsächlich werden sogar diejenigen, die in guten Glauben an die Richtigkeit der Erzählung zu Opfer durch Impfnebenwirkungen wurden, von diesem System – wie es auch schon bei den Vietnamveteranen war – **tendenziell totgeschwiegen**[141] und äußerst schlecht entschädigt.

In Wahrheit ist die Maske lediglich eine gut funktionierende psychologische Kriegswaffe im Propagandakrieg der Regierung gegen ihr eigenes Volk. Die Verordnung ist im beanstandeten Umfang nichtig, wobei der Rechtsstaat ohnehin nicht das Recht hätte, den Beschuldigten gegen sein Gewissen zum Tragen einer solchen Kriegswaffe zu zwingen.

Richter, die nicht der Wissenschaft und der Logik folgen, sind zu besorgen, selbst Teil des Problems zu sein im Prozess der Abschaffung des Rechtsstaates und der Freiheitlich-Demokratischen-Grundordnung. Die richterliche Unabhängigkeit aus **Art. 97 (1) GG** erlaubt es aber dennoch jedem einzelnen, gerechte Urteile zu sprechen, wozu der Autor ermutigen möchte.

Nur die Achtung des nach dem Krieg geschaffenen Grundgesetzes ist
Friedens-, Freiheits- und Wohlstands-Sicherung!

140https://youtu.be/N0MFUYcUD5Q?t=4342
141https://youtu.be/lwF5Xy68k0s + https://youtu.be/raiNTdxs61M

Verordnung zum Schutz
vor Neuinfizierungen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2
(Coronaschutzverordnung – CoronaSchVO)
Vom 30. Oktober 2020

In der ab dem 5. November 2020 gültigen Fassung

Auf Grund der §§ 32, 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 73 Absatz 1a Nummer 6 und 24 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), von denen § 28 Absatz 1 durch Artikel 1 Nummer 6 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) neu gefasst und § 73 Absatz 1a Nummer 6 und 24 zuletzt durch Artikel 1 Nummer 26 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1010) geändert worden sind, sowie des § 10 des Infektionsschutz- und Befugnisgesetzes vom 14. April 2020 (GV. NRW. S. 218b) verordnet das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales:

§ 1
Allgemeine Grundsätze

(1) Zur Fortsetzung der Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie und insbesondere zur Gewährleistung ausreichender medizinischer Versorgungskapazitäten werden mit dieser Verordnung Maßnahmen angeordnet, die die Infektionsgefahren wirksam und zielgerichtet begrenzen und Infektionswege nachvollziehbar machen.
(2) Jede in die Grundregeln des Infektionsschutzes einsichtsfähige Person ist verpflichtet, sich so zu verhalten, dass sie sich und andere keinen vermeidbaren Infektionsgefahren aussetzt.
(3) Die Kirchen und Religionsgemeinschaften orientieren sich bei den von ihnen aufzustellenden Regelungen für Gottesdienste und andere Versammlungen zur Religionsausübung an den entsprechenden Regelungen dieser Verordnung. Die vorgelegten Regelungen der Kirchen und Religionsgemeinschaften treten für den grundrechtlich geschützten Bereich der Religionsausübung an die Stelle der Regelungen dieser Verordnung. Kirchen und Religionsgemeinschaften, die keine entsprechenden Regelungen vorlegen, unterfallen auch für Versammlungen zur Religionsausübung den Regelungen dieser Verordnung beziehungsweise den Verfügungen der nach § 17 Absatz 1 zuständigen Behörden.
(4) Betriebe, Unternehmen, Behörden und andere Arbeitgeber haben die Regelungen dieser Verordnung zu beachten, soweit ein Kontakt zwischen Beschäftigten und Kundinnen, Kunden oder ihnen vergleichbaren Personen besteht. Ansonsten richten sich die Vorgaben für die Arbeitswelt nach den Anforderungen des Arbeitsschutzes und weiteren einschlägigen Rechtsvorschriften. Das jeweils aktuelle Infektionsgeschehen ist dabei zu berücksichtigen. Insbesondere sollten nicht erforderliche Kontakte in der Belegschaft und mit Kunden möglichst vermieden werden (zum Beispiel durch die Nutzung besonderer Schutzeinrichtungen und der Heimarbeit), allgemeine Hygienemaßnahmen umgesetzt und die Infektionsrisiken bei erforderlichen Kontakten durch besondere Hygiene- und Schutzmaßnahmen minimiert werden.

(5) Öffentlicher Raum im Sinne dieser Verordnung sind alle Bereiche mit Ausnahme des nach Art. 13 Absatz 1 des Grundgesetzes geschützten Bereichs.
(6) Weitergehende Anforderungen nach anderen Rechtsvorschriften wie zum Beispiel dem Arbeitsschutzrecht oder der Verordnung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (Hygieneverordnung NRW) bleiben unberührt und sind neben den Regelungen dieser Verordnung zu beachten.
(7) Die besonderen Regelungen der Coronabetreuungsverordnung insbesondere für den Betrieb von Kindertageseinrichtungen, Kindertagespflegestellen und Schulen bleiben unberührt.
(8) Soweit die Regelungen dieser Verordnung bestimmte Veranstaltungen, Angebote und Tätigkeiten untersagen, gilt dies nicht für rein digitale Formate, bei denen die teilnehmenden oder leistungserbringenden Personen sich nicht am selben Ort befinden und ein Kontakt deshalb ausgeschlossen ist.

§ 2
Mindestabstand, Kontaktbeschränkung

(1) Im öffentlichen Raum ist zu allen anderen Personen grundsätzlich ein Mindestabstand von 1,5 Metern (Mindestabstand) einzuhalten, soweit in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist oder die Einhaltung des Mindestabstands aus medizinischen, rechtlichen, ethischen oder baulichen Gründen nicht möglich ist. Im öffentlichen Raum ist ein Zusammentreffen von Personen nur zulässig, wenn nach den nachfolgenden Regelungen der Mindestabstand unterschritten werden darf oder wenn das Zusammentreffen nach anderen Vorschriften dieser Verordnung unter Wahrung des Mindestabstands ausdrücklich zulässig ist.
(2) Der Mindestabstand darf unterschritten werden
1. beim Zusammentreffen mit den Angehörigen des eigenen und eines weiteren Hausstandes, jedoch auch in diesen Fällen mit höchstens insgesamt zehn Personen,
2. wenn dies zur Begleitung minderjähriger und unterstützungsbedürftiger Personen oder aus betreuungsrelevanten Gründen erforderlich ist,
3. bei der Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern in Kindertageseinrichtungen, der Kindestagespflege und heilpädagogischen Einrichtungen sowie bei Angeboten der Kinderbetreuung in besonderen Fällen (Brückenprojekte) nach Maßgabe der Coronabetreuungsverordnung,
4. in Schulklassen, Kursen und festen Gruppen der Ganztagsbetreuung in öffentlichen Schulen, Ersatzschulen und Ergänzungsschulen im Sinne des Schulgesetzes NRW einschließlich schulischer Veranstaltungen außerhalb der Schulgebäude nach Maßgabe der Coronabetreuungsverordnung,
5. bei Bildungsveranstaltungen nach § 6 und § 7, bei Veranstaltungen und Versammlungen nach § 13 Absatz 2 Nummer 2 sowie bei Sitzungen nach § 13 Absatz 2 Nummer 3 für fest zugeteilte Sitzplätze, wenn die Raumgröße eine andere Anordnung der Sitzplätze nicht zulässt,
6. durch Kinder bei der Nutzung von Spielplätzen im Freien,
7. bei der Nutzung von Beförderungsleistungen des Personenverkehrs und seiner Einrichtungen,

8. in Einsatzsituationen von Sicherheitsbehörden, Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz,
9. bei zwingenden Zusammenkünften zur Berufsausübung,
10. bei nach dieser Verordnung zulässigen Veranstaltungen zur Jagdausübung bezogen auf feste und namentlich dokumentierte Gruppen von jeweils höchstens fünf Personen innerhalb der Gesamtgruppe der Teilnehmer,
11. zwischen nahen Angehörigen bei Beerdigungen und standesamtlichen Trauungen sowie Zusammenkünften unmittelbar vor dem Ort der Trauung.

(3) Soweit dies zur bestimmungsgemäßen Nutzung von nach dieser Verordnung zugelassenen Einrichtungen und Angeboten erforderlich ist, kann auf die Einhaltung des Mindestabstands verzichtet werden, wenn zur vollständigen Verhinderung von Tröpfcheninfektionen geeignete Schutzmaßnahmen (bauliche Abtrennung, Abtrennung durch Glas, Plexiglas oder ähnliches) vorhanden sind oder die Pflicht zum Tragen einer Alltagsmaske nach § 3 besteht. Dasselbe gilt für Ausbildungstätigkeiten oder Dienstleistungen, bei denen der Mindestabstand nicht eingehalten werden kann (körpernahe Ausbildungen, körpernahe Dienstleistungen).

(4) Abweichend von Absatz 1 müssen Personen, die Blasinstrumente spielen oder singen, einen Mindestabstand von 2 Metern untereinander und zu anderen Personen einhalten.

§ 3
Alltagsmaske

(1) Eine Alltagsmaske im Sinne dieser Verordnung ist eine textile Mund-Nasen-Bedeckung (einschließlich Schals, Tüchern und so weiter) oder eine gleich wirksame Abdeckung von Mund und Nase aus anderen Stoffen (OP-Maske und so weiter).

(2) Die Verpflichtung zum Tragen einer Alltagsmaske besteht unabhängig von der Einhaltung eines Mindestabstands

1. in geschlossenen Räumlichkeiten im öffentlichen Raum, soweit diese – mit oder ohne Eingangskontrolle – auch Kundinnen und Kunden beziehungsweise Besucherinnen und Besuchern zugänglich sind, sowie auf Märkten und ähnlichen Verkaufsstellen im Außenbereich,
2. bei der Nutzung von Beförderungsleistungen des Personenverkehrs und seiner Einrichtungen,
3. in den Innenbereichen sonstiger Beförderungsmittel, mit Ausnahme der privaten Fahrzeugnutzung und von Einsatzfahrzeugen von Sicherheitsbehörden, Feuerwehr, Rettungsdiensten und Katastrophenschutz,
4. bei der Inanspruchnahme körpernaher Dienstleistungen und bei körpernahen Ausbildungstätigkeiten im Sinne des § 2 Absatz 3 Satz 2,
5. bei Bildungsveranstaltungen nach § 6 und § 7, die in Gebäuden und geschlossenen Räumen stattfinden,
6. bei den nach dieser Verordnung ausnahmsweise zulässigen Zusammenkünften, Versammlungen und Veranstaltungen in geschlossenen Räumen und bei einer Teilnehmerzahl von mehr als 25 Personen unter freiem Himmel,
7. auf Spielplätzen und

8. an weiteren Orten unter freiem Himmel, für die die zuständige Behörde eine entsprechende Anordnung trifft oder bereits getroffen hat, wenn gemessen an der verfügbaren Fläche mit dem Zusammentreffen einer so großen Anzahl von Menschen zu rechnen ist, dass Mindestabstände nicht sichergestellt werden können.

In Büroräumen gilt abweichend von Satz 1 Nummer 1 die Pflicht zum Tragen einer Alltagsmaske nur, soweit ein Kontakt zwischen Beschäftigten und Kundinnen, Kunden oder ihnen vergleichbaren Personen ohne Einhaltung des Mindestabstands besteht.

(3) Die Verpflichtung zum Tragen einer Alltagsmaske gilt in Kindertageseinrichtungen, in Angeboten der Kindertagespflege und heilpädagogischen Kindertageseinrichtungen sowie in Angeboten der Kinderbetreuung in besonderen Fällen (Brückenprojekte) sowie in Schulgebäuden und auf dem Gelände von Schulen, Ersatzschulen und Ergänzungsschulen im Sinne des Schulgesetzes NRW nach Maßgabe der Coronabetreuungsverordnung.

(4) Von der Verpflichtung zum Tragen einer Maske ausgenommen sind

1. Lehrkräfte bei Bildungsangeboten nach § 6 und § 7 sowie Beteiligte an Prüfungen nach § 6 Absatz 2, wenn der Mindestabstand zu den anderen Personen im Raum eingehalten wird,
2. Kinder bis zum Schuleintritt,
3. Kräfte von Sicherheitsbehörden, Feuerwehr, Rettungsdiensten und Katastrophenschutz in Einsatzsituationen sowie
4. Personen, die aus medizinischen Gründen keine Alltagsmaske tragen können.

Das Vorliegen der medizinischen Gründe ist durch ein ärztliches Zeugnis nachzuweisen, welches auf Verlangen vorzulegen ist.

(5) Die Verpflichtung nach Absatz 2 kann für Inhaber und Inhaberinnen sowie Beschäftigte durch gleich wirksame Schutzmaßnahmen (Abtrennung durch Glas, Plexiglas o.ä.) oder das Tragen eines das Gesicht vollständig bedeckenden Visiers ersetzt werden.

(6) Die Alltagsmaske kann vorübergehend abgelegt werden, wenn das zur Ermöglichung einer Dienstleistung oder ärztlichen Behandlung, auf behördliche oder richterliche Anordnung oder aus anderen Gründen (zum Beispiel Vortragstätigkeit, Redebeiträge mit Mindestabstand zu anderen Personen bei zulässigen Veranstaltungen und so weiter, Kommunikation mit einem gehörlosen oder schwerhörigen Menschen, zur notwendigen Einnahme von Speisen und Getränken) erforderlich ist.

(7) Personen, die eine Verpflichtung zum Tragen einer Alltagsmaske nicht beachten, sind von der Nutzung der betroffenen Angebote, Einrichtungen und Dienstleistungen durch die für das Angebot, die Einrichtung oder Dienstleistung verantwortlichen Personen auszuschließen.

§ 4
Hygiene- und Infektionsschutzanforderungen

(1) Bei Angeboten und Einrichtungen, die für einen Kunden- oder Besucherverkehr geöffnet sind, sind folgende Hygieneanforderungen sicherzustellen:

1. Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl von Gelegenheiten zum Händewaschen beziehungsweise zur Händehygiene, insbesondere in Eingangsbereichen von gastronomischen Einrichtungen,

2. die regelmäßige infektionsschutzgerechte Reinigung aller Kontaktflächen und Sanitärbereiche in Intervallen, die den besonderen Anforderungen des Infektionsschutzes Rechnung tragen,
3. die infektionsschutzgerechte Reinigung von körpernah eingesetzten Gegenständen oder Werkzeugen nach jedem Gast-/Kundenkontakt,
4. das Spülen des den Kundinnen und Kunden zur Verfügung gestellten Geschirrs bei mindestens 60 Grad Celsius, nur ausnahmsweise sind niedrigere Temperaturen mit entsprechend wirksamen Tensiden beziehungsweise Spülmitteln ausreichend,
5. das Waschen von gebrauchten Textilien und ähnlichem bei mindestens 60 Grad Celsius, wobei Handtücher und Bettwäsche nach jedem Gast- beziehungsweise Kundenkontakt zu wechseln und ansonsten Einmalhandtücher zu verwenden sind, und
6. gut sichtbare und verständliche Informationen zum infektionsschutzgerechten Verhalten durch Informationstafeln oder ähnliches.

Zur infektionsschutzgerechten Handhygiene, Reinigung oder Wäsche sind Produkte zu verwenden, die aufgrund einer fettlösenden oder mindestens begrenzt viruziden Wirkung das SARS-CoV-2-Virus sicher abtöten. Satz 1 Nummer 1 gilt nicht für Angebote und Einrichtungen des öffentlichen Personenverkehrs.

(2) In geschlossenen Räumen, die für einen Kunden- und Besucherverkehr geöffnet sind, ist zur Vermeidung von über Aerosole vermittelten Infektionen eine dauerhafte oder mindestens regelmäßige Durchlüftung mit kurzen Lüftungsintervallen sicherzustellen. Die Intensität der Lüftung und die Lüftungsintervalle sind der Anzahl der regelmäßig im Raum anwesenden Personen sowie der von ihnen ausgeübten Tätigkeiten (zum Beispiel sportliche Betätigung, Singen und Musizieren mit erhöhtem Aerosolausstoß) anzupassen. Soweit andere Behörden (zum Beispiel Arbeitsschutz, Schulaufsicht, Bauaufsicht) Vorgaben zur Belüftungssituation machen, sind diese auch im Rahmen dieser Verordnung verbindlich zu berücksichtigen. Die zuständigen Behörden können zusätzliche oder abweichende Vorgaben zur Belüftungsregelung anhand der konkreten Situation des Einzelfalls (zum Beispiel aus Sicherheitsgründen) machen.

(3) Bei der Durchführung von Tätigkeiten der Angehörigen der Heilberufe mit Approbation und sonstiger Personen, die zur Ausübung der Heilkunde gemäß § 1 des Heilpraktikergesetzes befugt sind, sollen die jeweils aktuell geltenden Empfehlungen und Richtlinien des Robert Koch-Instituts beachtet werden. Dasselbe gilt für zur Versorgung erforderliche Tätigkeiten der ambulanten Pflege und der Betreuung im Sinne des Fünften, des Achten, des Neunten und des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 4a
Rückverfolgbarkeit

(1) Die einfache Rückverfolgbarkeit ist sichergestellt, wenn die für das Angebot, die Einrichtung oder Dienstleistung verantwortlichen Person alle anwesenden Personen (Gäste, Mieter, Teilnehmer, Besucher, Kunden, Nutzer und so weiter) mit deren Einverständnis mit Name, Adresse und Telefonnummer sowie – sofern es sich um wechselnde Personenkreise handelt – Zeitraum des Aufenthalts beziehungsweise Zeitpunkt von An- und Abreise schriftlich erfasst und diese Daten für vier Wochen aufbewahrt. Die besondere Rückverfolgbarkeit ist sichergestellt,

wenn die nach Satz 1 verantwortliche Person zusätzlich zur Erhebung der Daten nach Satz 1 einen Sitzplan erstellt und für vier Wochen aufbewahrt. In dem Sitzplan ist zu erfassen, welche anwesende Person wo gesessen hat.
(2) Die einfache Rückverfolgbarkeit ist sicherzustellen

1. bei der Nutzung von Sitz- beziehungsweise Stehplätzen in zulässigen gastronomischen Einrichtungen,
2. bei körpernahen Dienstleistungen und körpernahen Ausbildungstätigkeiten im Sinne des § 2 Absatz 4 Satz 2,
3. bei der nach dieser Verordnung zulässigen Nutzung von Angeboten eines Beherbergungsbetriebs,
4. für Kurse, Klassengemeinschaften und weitere Angebote in Schulungs- und Bildungsangeboten nach § 6 und § 7,
5. in Bibliotheken, einschließlich Hochschulbibliotheken, und Archiven,
6. beim praktischen Fahrunterricht,
7. bei nach dieser Verordnung zulässigen Versammlungen und Veranstaltungen in geschlossenen Räumen sowie bei zulässigen Veranstaltungen zur Jagdausübung,
8. beim Unterschreiten des Mindestabstands für nahe Angehörige bei Beerdigungen, standesamtlichen Trauungen und Zusammenkünften unmittelbar vor dem Ort der Trauung.

Der gesonderten Erfassung von Adresse und Telefonnummer bedarf es nicht, wenn diese Daten für den Verantwortlichen bereits verfügbar sind, wie beispielsweise bei Beschäftigten, die eine Betriebskantine oder eine vergleichbare Einrichtung nutzen.
(3) Die besondere Rückverfolgbarkeit ist sicherzustellen für Kurse und Klassengemeinschaften in Schul- und Bildungsangeboten nach § 6 und § 7, bei Veranstaltungen und Versammlungen nach § 13 Absatz 2 Nummer 2 sowie bei Sitzungen nach § 13 Absatz 2 Nummer 3, wenn zulässigerweise die Mindestabstände zwischen den Sitzplätzen nicht eingehalten werden.
(4) Die in den vorstehenden Absätzen genannten personenbezogenen Daten sind nach den geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften zu verarbeiten, insbesondere vor dem Zugriff Unbefugter zu sichern und nach Ablauf von vier Wochen vollständig datenschutzkonform zu vernichten. Die für die Datenerhebung gemäß Absatz 1 Verantwortlichen können zusätzlich eine digitale Datenerfassung anbieten, haben dabei aber sämtliche Vorgaben des Datenschutzes (insbesondere bei der Fremdspeicherung von Daten) und die vollständige datenschutzkonforme Löschung der Daten nach vier Wochen in eigener Verantwortung sicherzustellen. Zudem sind die Daten im Bedarfsfall jederzeit der zuständigen Behörde auf Verlangen kostenfrei in einem von ihr nutzbaren Format, auf Anforderung auch papiergebunden, zur Verfügung zu stellen. Personen, die in die digitale Datenerfassung nicht einwilligen, ist in jedem Fall eine nur papiergebundene Datenerfassung anzubieten.
(5) Die Regelungen zur Rückverfolgbarkeit gelten nicht, soweit gesetzlich eine Anonymität der Personen, die ein Angebot in Anspruch nehmen beziehungsweise eine Einrichtung aufsuchen, vorgesehen ist.

§ 4b
Innovationsklausel

Im Rahmen eines Multi-Barrieren-Systems zur Verhinderung von Infektionen können anstelle einer Lüftung mit Frischluft auch innovative Techniken der Luftfilterung zum Einsatz kommen, wenn deren ausreichende Wirksamkeit bezogen auf die betreffenden Räumlichkeiten wissenschaftlich plausibel belegt ist. Die zuständigen Behörden in den Bereichen Infektions-, Arbeits- und Gesundheitsschutz sollen den Einsatz solcher technischen Innovationen ausdrücklich fördern und ermöglichen. Darüber hinaus kann das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Ausnahmen von Anforderungen dieser Verordnung erteilen, wenn die Wirksamkeit der innovativen Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen mittels technischer Einrichtungen, insbesondere zur Luftreinigung und Luftfilterung, mit Bezug auf die Anforderungen dieser Verordnung zertifiziert ist.

§ 5
Stationäre Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen

(1) Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, vollstationäre Einrichtungen der Pflege und besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe sowie ähnliche Einrichtungen haben die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um den Eintrag von Coronaviren zu erschweren und Patienten, Bewohner und Personal zu schützen. Hierbei sind insbesondere die Richtlinien und Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zu beachten.
(2) Besuche in den in Absatz 1 genannten Einrichtungen sind auf der Basis eines einrichtungsbezogenen Besuchskonzepts zulässig, das die Empfehlungen und Richtlinien des Robert Koch-Instituts zum Hygiene- und Infektionsschutz umsetzt. Dabei ist stets zu berücksichtigen, dass die jeweiligen Regelungen nicht zu einer vollständigen Isolation der Betroffenen führen dürfen. Weitergehende Einzelheiten kann das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Allgemeinverfügungen regeln.
(3) Die in Absatz 1 genannten Gesundheitseinrichtungen haben im Rahmen ihres einrichtungsbezogenen Besuchskonzepts nach Absatz 2 in Abstimmung mit der zuständigen unteren Gesundheitsbehörde die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um die Begleitung des Geburtsprozesses und der Geburt infektionsschutzgerecht zu ermöglichen. Dies gilt auch für die Begleitung Sterbender.

§ 6
Hochschulen, außerschulische Bildungsangebote im öffentlichen Dienst, Bibliotheken

(1) Der Lehr- und Prüfungsbetrieb an Hochschulen und an den Schulen des Gesundheitswesens ist nach Maßgabe gesonderter Anordnungen nach § 28 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes zulässig.

(2) Interne Unterrichtsveranstaltungen und praktische Übungen einschließlich dazugehöriger Prüfungen im Rahmen von Vorbereitungsdiensten und der Berufsaus-, -fort- und -weiterbildung an den der Berufsaus-, -fort- und -weiterbildung im Öffentlichen Dienst dienenden Hochschulen, Schulen, Instituten und ähnlichen Einrichtungen sowie in Gerichten und Behörden sowie sonstige staatliche Prüfungen sind unter Beachtung der Regelungen der §§ 2 bis 4a zulässig.
(3) Bei Aus-, Fort- und Weiterbildungstätigkeiten, die eine Unterschreitung des Mindestabstands erfordern (zum Beispiel bei praktischen Übungen zur Selbstverteidigung oder zur Durchsuchung von Personen) und bei entsprechenden Prüfungen ist bei notwendiger Unterschreitung des Mindestabstands auf eine möglichst kontaktarme Durchführung, vorheriges Händewaschen beziehungsweise Händedesinfektion, das Tragen einer Alltagsmaske (soweit tätigkeitsabhängig möglich) zu achten.
(4) In Bibliotheken einschließlich Hochschulbibliotheken sowie Archiven Entfällt das Erfordernis der einfachen Rückverfolgbarkeit für Personen, die die Einrichtung ausschließlich zur Abholung bestellter Medien oder zur Rückgabe von Medien aufsuchen.

§ 7
Weitere außerschulische Bildungsangebote

(1) Ausbildungs- und berufsbezogene Aus- und Weiterbildungsangebote einschließlich kompensatorischer Grundbildungsangebote sowie Angebote, die der Integration dienen, und Prüfungen von
1. Einrichtungen der Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit,
2. Volkshochschulen sowie
3. sonstigen nicht unter § 6 fallenden öffentlichen, kirchlichen oder privaten außerschulischen Einrichtungen und Organisationen
sowie Angebote der Selbsthilfe und musikalischer Unterricht sind unter Beachtung der Regelungen der §§ 2 bis 4a zulässig. Andere Bildungsangebote sind bis zum 30. November 2020 untersagt. Hierzu gehören insbesondere Sportangebote der Bildungsträger sowie Freizeitangebote wie Tagesausflüge, Ferienfreizeiten, Stadtranderholungen und Ferienreisen für Kinder und Jugendliche.
(1a) Abweichend von Absatz 1 bleiben Einrichtungen der Sozial- und Jugendhilfe geöffnet, wobei die zulässige Gruppengröße höchstens 10 Personen beträgt.
(2) Bei Aus-, Fort- und Weiterbildungstätigkeiten, die eine Unterschreitung des Mindestabstands erfordern und bei entsprechenden Prüfungen ist bei notwendiger Unterschreitung des Mindestabstands auf eine möglichst kontaktarme Durchführung, vorheriges Händewaschen beziehungsweise Händedesinfektion und das Tragen einer Alltagsmaske (soweit tätigkeitsabhängig möglich) zu achten.
(3) Das Erfordernis des Mindestabstands gilt nicht für den praktischen Unterricht von Fahrschulen, wobei sich im Fahrzeug nur Fahrschülerinnen und Fahrschüler, Fahrlehrerinnen und Fahrlehrer, Fahrlehreranwärterinnen und -anwärter sowie Prüfungspersonen aufhalten dürfen.

§ 8
Kultur

(1) Konzerte und Aufführungen in Theatern, Opern- und Konzerthäusern, Kinos und anderen öffentlichen oder privaten (Kultur-)Einrichtungen sowie der Betrieb von Museen, Kunstausstellungen, Galerien, Schlössern, Burgen, Gedenkstätten und ähnlichen Einrichtungen sind bis zum 30. November 2020 unzulässig. Der zur Berufsausübung zählende Probebetrieb ist weiterhin zulässig.
(2) Abweichend von Absatz 1 ist der Betrieb von Autokinos, Autotheatern und ähnlichen Einrichtungen zulässig, wenn der Abstand zwischen den Fahrzeugen mindestens 1,5 Meter beträgt.
(3) Musikfeste, Festivals und ähnliche Kulturveranstaltungen sind bis mindestens zum 31. Dezember 2020 untersagt.

§ 9
Sport

(1) Der Freizeit- und Amateursportbetrieb auf und in allen öffentlichen und privaten Sportanlagen, Fitnessstudios, Schwimmbädern und ähnlichen Einrichtungen ist bis zum 30. November 2020 unzulässig. Ausgenommen ist der Individualsport allein, zu zweit oder ausschließlich mit Personen des eigenen Hausstandes außerhalb geschlossener Räumlichkeiten von Sportanlagen. Die Nutzung von Gemeinschaftsräumen einschließlich Räumen zum Umkleiden und zum Duschen von Sportanlagen durch mehrere Personen gleichzeitig ist unzulässig.
(2) Sportfeste und ähnliche Sportveranstaltungen sind bis mindestens zum 31. Dezember 2020 untersagt.
(3) Wettbewerbe in Profiligen, Wettbewerbe im Berufsreitsport und Pferderennen sowie andere berufsmäßige Sportausübung sind zulässig, soweit die Vereine beziehungsweise die Lizenzspielerabteilungen der Vereine sich neben der Erfüllung ihrer arbeitsschutzrechtlichen Hygiene- und Schutzpflichten auch verantwortlich für die Reduzierung von Infektionsrisiken im Sinne des Infektionsschutzgesetzes zeigen und die für die Ausrichtung der Wettbewerbe verantwortlichen Stellen den nach § 17 Absatz 1 zuständigen Behörden vor Durchführung der Wettbewerbe geeignete Infektionsschutzkonzepte vorlegen. Zuschauer dürfen bei den Wettbewerben bis zum 30. November 2020 nicht zugelassen werden.
(4) Ausgenommen von Absatz 1 und damit unter Beachtung der allgemeinen Regeln dieser Verordnung und anderer Rechtsvorschriften (Arbeitsschutzrecht und so weiter) zulässig sind der Sportunterricht (einschließlich Schwimmunterricht) der Schulen und die Vorbereitung auf oder die Durchführung von schulischen Prüfungen, sportpraktische Übungen im Rahmen von Studiengängen, das Training an den nordrhein-westfälischen Bundesstützpunkten und Landesleistungsstützpunkten sowie das Training von Berufssportlern auf und in den von ihrem Arbeitgeber bereitgestellten Trainingseinrichtungen.
(5) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 ist das Bewegen von Pferden aus Tierschutzgründen auch in geschlossenen Räumen zulässig.

§ 10
Freizeit- und Vergnügungsstätten

(1) Der Betrieb von
1. Schwimm- und Spaßbädern, Saunen und Thermen und ähnlichen Einrichtungen,
2. Freizeitparks, Indoor-Spielplätzen und ähnlichen Einrichtungen für Freizeitaktivitäten (drinnen und draußen),
3. Spielhallen, Spielbanken, Wettannahmestellen und ähnlichen Einrichtungen,
4. Clubs, Diskotheken und ähnlichen Einrichtungen

ist bis zum 30. November 2020 untersagt. Ausgenommen ist der Betrieb von Einrichtungen für die in § 9 Absatz 4 genannten Ausbildungsangebote.
(2) Der Betrieb von Bordellen, Prostitutionsstätten und ähnlichen Einrichtungen ist untersagt. Dies gilt auch für die Erbringung sexueller Dienstleistungen außerhalb von Einrichtungen sowie für Swingerclubs und ähnliche Einrichtungen.
(3) Zoologische Gärten und Tierparks dürfen bis zum 30. November 2020 für Besucherinnen und Besucher nicht geöffnet werden.
(4) Das Angebot von Ausflugsfahrten mit Schiffen, Kutschen, historischen Eisenbahnen und ähnlichen Einrichtungen ist bis zum 30. November 2020 unzulässig.

§ 11
Handel, Messen und Märkte, Alkoholverkauf

(1) Die Anzahl von gleichzeitig in Handelseinrichtungen anwesenden Kundinnen und Kunden darf eine Person pro zehn Quadratmeter der Verkaufsfläche im Sinne des Einzelhandelserlasses NRW nicht übersteigen. Der Verkauf von alkoholischen Getränken ist zwischen 23 Uhr und 6 Uhr untersagt.
(2) Messen, Ausstellungen, Jahrmärkte im Sinne von § 68 Absatz 2 der Gewerbeordnung (zum Beispiel Trödelmärkte), Spezialmärkte im Sinne von § 68 Absatz 1 der Gewerbeordnung und ähnliche Veranstaltungen sind bis zum 30. November 2020 unzulässig. Wochenmärkte mit dem Schwerpunkt Lebensmittel und Güter des täglichen Bedarfs bleiben unter Beachtung der §§ 2 bis 4a zulässig.
(3) Zur Vermeidung von Infektionsgefahren durch einen unregulierbaren Kundenandrang an den Wochenenden vor und nach Weihnachten dürfen Verkaufsstellen des Einzelhandels ausnahmsweise zur Entzerrung des Einkaufsgeschehens am 29. November 2020, 6., 13. und 20. Dezember 2020 sowie am 3. Januar 2021 ihre Geschäfte auch sonntags im Zeitraum zwischen 13.00 Uhr und 18.00 Uhr öffnen.

§ 12
Handwerk, Dienstleistungsgewerbe, Heilberufe

(1) Für die Geschäftslokale von Handwerkern und Dienstleistern gilt § 11 Absatz 1 entsprechend.

(2) Dienstleistungen und Handwerksleistungen, bei denen ein Mindestabstand von 1,5 Metern zum Kunden nicht eingehalten werden kann (insbesondere Gesichtsbehandlung, Kosmetik, Nagelstudios, Maniküre, Massage, Tätowieren und Piercen), sind bis zum 30. November 2020 untersagt. Davon ausgenommen sind

1. Handwerker und – unabhängig vom Vorliegen einer eigenen Heilkundeerlaubnis – Dienstleister im Gesundheitswesen (einschließlich Physio-, Ergotherapeuten, Logopäden, Hebammen und so weiter, Hörgeräteakustikern, Optikern, orthopädischen Schuhmachern und so weiter),
2. Fußpflege- und Friseurleistungen,
3. medizinisch notwendige Handwerks- und Dienstleistungen sowie
4. die gewerbsmäßige Personenbeförderung in Personenkraftwagen.

Bei den nach Satz 2 ausnahmsweise zulässigen Handwerks- und Dienstleistungen ist neben strikter Beachtung der allgemeinen Hygiene- und Infektionsschutzregeln nach § 4 auf eine möglichst kontaktarme Erbringung zu achten. Bei gesichtsnahen Dienstleistungen, bei denen die Kundin oder der Kunde keine Alltagsmaske tragen und der Mindestabstand nicht eingehalten werden kann, müssen Beschäftigte während der Behandlung mindestens eine FFP2-, eine KN95- oder eine N95-Maske tragen.

(3) Die Tätigkeiten von Angehörigen der Heilberufe mit Approbation und sonstigen Personen, die zur Ausübung der Heilkunde gemäß § 1 des Heilpraktikergesetzes befugt sind, zählen ebenso wie zur Versorgung erforderliche Tätigkeiten der ambulanten Pflege und der Betreuung im Sinne des Fünften, des Achten, des Neunten und des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht zu den Dienstleistungen im Sinne der vorstehenden Absätze. Das gilt auch für die mobile Frühförderung sowie Therapiemaßnahmen im Rahmen der Frühförderung nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch, die in Kooperationspraxen stattfinden. Diese Tätigkeiten sind weiterhin zulässig. Bei der Durchführung sollen die jeweils aktuell geltenden Empfehlungen und Richtlinien des Robert Koch-Instituts beachtet werden.

§ 13
Veranstaltungen und Versammlungen

(1) Veranstaltungen und Versammlungen, die nicht unter besondere Regelungen dieser Verordnung fallen, sind bis zum 30. November 2020 untersagt.

(2) Abweichend von Absatz 1 sind unter Beachtung der Regelungen der §§ 2 bis 4a zulässig

1. Versammlungen nach dem Versammlungsgesetz,
2. Veranstaltungen, die der Grundversorgung der Bevölkerung, der Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung oder der Daseinsfür- und -vorsorge (insbesondere Aufstellungsversammlungen von Parteien zu Wahlen und Vorbereitungsversammlungen dazu sowie Blut- und Knochenmarkspendetermine) zu dienen bestimmt sind,
3. Sitzungen von rechtlich vorgesehenen Gremien öffentlich-rechtlicher und privatrechtlicher Institutionen, Gesellschaften, Parteien oder Vereine
   a) mit bis zu zwanzig Personen, wenn sie nicht als Telefon- oder Videokonferenzen durchgeführt werden können,

b) mit mehr als zwanzig, aber höchstens 250 Personen in geschlossenen Räumen beziehungsweise 500 Personen unter freiem Himmel, nur nach Zulassung durch die zuständigen Behörden, wenn die Sitzung aus triftigem Grund im Monat November 2020, in Präsenz und mit der vorgesehenen Personenzahl durchgeführt werden muss,

4. Veranstaltungen zur Jagdausübung, soweit diese zur Erfüllung des Schalenwildabschusses oder zur Seuchenvorbeugung durch Reduktion der Wildschweinpopulation erforderlich sind,
5. Beerdigungen und
6. standesamtliche Trauungen.

Die behördliche Zulassung nach Satz 1 Nummer 3 setzt bei mehr als 100 Teilnehmern ein Hygiene- und Infektionsschutzkonzept voraus.

(3) Große Festveranstaltungen sind bis mindestens zum 31. Dezember 2020 untersagt. Große Festveranstaltungen in diesem Sinne sind in der Regel

1. Volksfeste nach § 60b der Gewerbeordnung (einschließlich Kirmesveranstaltungen und ähnlichem),
2. Stadt-, Dorf- und Straßenfeste,
3. Schützenfeste,
4. Weinfeste und
5. ähnliche Festveranstaltungen.

§ 14
Gastronomie

(1) Der Betrieb von Restaurants, Gaststätten, Imbissen, Kneipen, Cafés und anderen gastronomischen Einrichtungen ist bis zum 30. November 2020 untersagt. Betriebskantinen und Mensen in Bildungseinrichtungen dürfen zur Versorgung der Beschäftigten bzw. der Nutzerinnen und Nutzer der Bildungseinrichtungen betrieben werden.

(2) Abweichend von Absatz 1 sind die Belieferung mit Speisen und Getränken sowie der Außer-Haus-Verkauf von Speisen und Getränken zulässig, wenn die Mindestabstände und Hygieneanforderungen nach dieser Verordnung eingehalten werden. § 11 Absatz 1 gilt entsprechend. Der Verzehr ist in einem Umkreis von 50 Metern um die gastronomische Einrichtung untersagt.

(3) Abweichend von Absatz 1 dürfen Räume und erforderliche Verpflegung für nach dieser Verordnung zulässige Veranstaltungen zur Verfügung gestellt werden.

§ 15
Beherbergung, Tourismus, Ferienangebote

(1) Übernachtungsangebote zu touristischen Zwecken, die nach dem 29. Oktober 2020 angetreten worden sind, sind bis zum 30. November 2020 untersagt. Die Nutzung von dauerhaft angemieteten oder im Eigentum befindlichen Immobilien und von dauerhaft abgestellten Wohnwagen, Wohnmobilen und so weiter ausschließlich durch die Nutzungsberechtigten ist

keine touristische Nutzung im Sinne des Satzes 1. Beim Betrieb von Gemeinschaftseinrichtungen auf Campingplätzen und so weiter sowie bei der Beherbergung von Geschäftsreisenden einschließlich ihrer gastronomischen Versorgung sind Hygiene- und Infektionsschutzstandards nach § 4 zu beachten.
(2) Reisebusreisen und sonstige Gruppenreisen mit Bussen zu touristischen Zwecken sind unzulässig.

§ 16
Verfügungen der örtlichen Ordnungsbehörden

Die Bestimmungen dieser Verordnung gehen widersprechenden und inhaltsgleichen Allgemeinverfügungen der nach § 17 Absatz 1 zuständigen Behörden vor. Unbeschadet davon bleiben die zuständigen Behörden befugt, im Einzelfall auch über diese Verordnung hinausgehende Schutzmaßnahmen anzuordnen. Ausnahmen von Geboten und Verboten dieser Verordnung können die zuständigen Behörden nur in den ausdrücklich in dieser Verordnung vorgesehenen Fällen erteilen.

§ 17
Festlegung und Aufgaben der zuständigen Behörden

(1) Zuständige Behörden im Sinne dieser Verordnung sind die nach § 28 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes in Verbindung mit § 3 des Infektionsschutz- und Befugnisgesetzes zuständigen örtlichen Ordnungsbehörden. Sie werden bei ihrer Arbeit von den unteren Gesundheitsbehörden und im Vollzug dieser Verordnung von der Polizei im Rahmen der Amts- und Vollzugshilfe unterstützt.
(2) Die in Absatz 1 genannten Behörden sind gehalten, die Bestimmungen dieser Verordnung energisch, konsequent und, wo nötig, mit Zwangsmitteln durchzusetzen.

§ 18
Ordnungswidrigkeiten

(1) Ordnungswidrigkeiten werden gemäß § 73 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes mit einer Geldbuße bis zu 25.000 Euro geahndet.
(2) Ordnungswidrig im Sinne des § 73 Absatz 1a Nummer 24 in Verbindung mit §§ 32, 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig
1. entgegen § 2 Absatz 2 Nummer 1 im öffentlichen Raum mit anderen Personen als den Angehörigen des eigenen oder eines weiteren Hausstands zusammentrifft oder mit mehr als 10 Personen aus dem eigenen und einem weiteren Hausstand zusammentrifft,
2. entgegen § 3 Absatz 2 trotz bestehender Verpflichtung keine Alltagsmaske trägt,
3. entgegen § 4a als anwesende Person (Gast, Mieter, Teilnehmer, Besucher, Kunde, Nutzer und so weiter) unrichtige Kontaktdaten (Name, Adresse, Telefonnummer) angibt,

4. entgegen § 5 Absatz 1 erforderliche Maßnahmen zur Erschwerung des Vireneintrags, zum Schutz von Patienten, Bewohnern oder Personal nicht ergreift,
5. entgegen § 7 Absatz 1 Satz 1 Bildungsangebote und Prüfungen durchführt, ohne die Regelungen der §§ 2 bis 4a zu beachten,
6. entgegen § 7 Absatz 1 Satz 2 andere Bildungsangebote durchführt,
7. entgegen § 8 Absatz 1 Konzerte oder Aufführungen durchführt oder Museen, Kunstausstellungen, Galerien, Schlösser, Burgen, Gedenkstätten oder ähnlichen Einrichtungen betreibt,
8. entgegen § 8 Absatz 2 Autokinos, Autotheater oder ähnliche Einrichtungen ohne Sicherstellung des Abstands betreibt,
9. entgegen § 8 Absatz 3 Musikfeste, Festivals oder ähnliche Kulturveranstaltungen durchführt oder daran teilnimmt,
10. entgegen § 9 Absatz 1 Freizeit- und Amateursportbetrieb durchführt oder daran teilnimmt,
11. entgegen § 9 Absatz 2 Sportfeste oder ähnliche Sportveranstaltungen durchführt oder daran teilnimmt,
12. entgegen § 9 Absatz 3 das Betreten der Wettbewerbsanlage durch Zuschauer zulässt,
13. entgegen § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Schwimm- und Spaßbäder, Saunen, Thermen oder ähnliche Einrichtungen betreibt,
14. entgegen § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Freizeitparks, Indoor-Spielplätze oder ähnliche Einrichtungen für Freizeitaktivitäten (drinnen und draußen) betreibt,
15. entgegen § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 Spielhallen, Spielbanken, Wettannahmestellen oder ähnliche Einrichtungen betreibt,
16. entgegen § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 Clubs, Diskotheken oder ähnliche Einrichtungen betreibt,
17. entgegen § 10 Absatz 2 Bordelle, Prostitutionsstätten oder ähnliche Einrichtungen beziehungsweise Swingerclubs oder ähnliche Einrichtungen betreibt,
18. entgegen § 10 Absatz 3 einen Zoologischen Garten oder Tierpark für Besucher öffnet,
19. entgegen § 10 Absatz 4 eine Ausflugsfahrt mit Schiffen, Kutschen, historischen Eisenbahnen oder ähnlichen Einrichtungen anbietet,
20. entgegen § 11 Absatz 1 Satz 1 eine Überschreitung der Höchstzahl von Kunden zulässt,
20a. entgegen § 11 Absatz 1 Satz 2, gegebenenfalls in Verbindung mit § 14 Absatz 2, zwischen 23 Uhr und 6 Uhr alkoholische Getränke verkauft,
21. entgegen § 11 Absatz 2 eine Messe, eine Ausstellung, einen Jahrmarkt, einen Spezialmarkt oder eine ähnliche Veranstaltung durchführt,
22. entgegen § 12 Absatz 1 in Verbindung mit § 11 Absatz 1 eine Überschreitung der Höchstzahl von Kunden zulässt,
23. entgegen § 12 Absatz 2 eine Dienst- oder Handwerksleistung, bei der ein Mindestabstand von 1,5 Metern zum Kunden nicht eingehalten werden kann, anbietet,
24. entgegen § 13 Absatz 1 Veranstaltungen oder Versammlungen durchführt oder daran teilnimmt,
25. entgegen § 13 Absatz 3 große Festveranstaltungen durchführt oder daran teilnimmt,
26. entgegen § 14 Absatz 1 Satz 1 eine gastronomische Einrichtung betreibt,
27. entgegen § 15 Absatz 1 Übernachtungsangebote zu touristischen Zwecken durchführt oder wahrnimmt,

28. entgegen § 15 Absatz 2 Reisebusreisen oder sonstige Gruppenreisen mit Bussen zu touristischen Zwecken durchführt oder daran teilnimmt,

ohne dass es zusätzlich einer Zuwiderhandlung gegen eine vollziehbare Anordnung auf Grund dieser Verordnung bedarf.

(3) Ordnungswidrig im Sinne des § 73 Absatz 1a Nummer 6 in Verbindung mit §§ 32, 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig einer vollziehbaren Anordnung zuwider gegen eine andere, nicht in Absatz 2 genannte Regelung dieser Verordnung verstößt. Die Vollziehbarkeit solcher Anordnungen der örtlichen Ordnungsbehörden, der Polizei und der Bundespolizei besteht unmittelbar kraft Gesetzes (für die örtlichen Ordnungsbehörden: § 28 Absatz 3 in Verbindung mit § 16 Absatz 8 des Infektionsschutzgesetzes; für die Polizei und die Bundespolizei: § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 der Verwaltungsgerichtsordnung).

§ 19
Inkrafttreten, Außerkrafttreten, Evaluation

(1) Diese Verordnung tritt am 2. November 2020 in Kraft.

(2) Ziel der mit dieser Verordnung in Kraft tretenden zusätzlichen Einschränkungen ist es, die derzeitige Infektionsdynamik schnellstmöglich zu unterbrechen und so weit zu reduzieren, dass es in der Weihnachtszeit keiner weitreichenden Beschränkungen der persönlichen Kontakte und der wirtschaftlichen Tätigkeit bedarf. Vor diesem Hintergrund tritt diese Verordnung mit Ablauf des 30. November 2020 außer Kraft; davon abweichend treten § 8 Absatz 3, § 9 Absatz 2 und § 13 Absatz 3 mit Ablauf des 31. Dezember 2020 sowie § 11 Absatz 3 mit Ablauf des 3. Januar 2021 außer Kraft.

(3) Die Landesregierung überprüft die Erforderlichkeit und Angemessenheit der Regelungen fortlaufend und passt die Regelungen insbesondere dem aktuellen Infektionsgeschehen und den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Verlauf der Covid-19-Pandemie an.

Düsseldorf, den 30. Oktober 2020

Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Karl-Josef L a u m a n n

- Leerseite -

DEUTSCHE NORM

August 2009

DIN EN 149



ICS 13.340.30

Ersatz für
DIN EN 149:2001-10

Atemschutzgeräte – Filtrierende Halbmasken zum Schutz gegen Partikeln – Anforderungen, Prüfung, Kennzeichnung; Deutsche Fassung EN 149:2001+A1:2009

Respiratory protective devices –
Filtering half masks to protect against particles –
Requirements, testing, marking;
German version EN 149:2001+A1:2009

Appareils de protection respiratoire –
Demi-masques filtrants contre les particules –
Exigences, essais, marquage;
Version allemande EN 149:2001+A1:2009

Gesamtumfang 39 Seiten

Normenausschuss Feinmechanik und Optik (NAFuO) im DIN

www.din.de
www.beuth.de

1527555

Für partikelfiltrierende Halbmasken, die entsprechend der Informationsbroschüre des Herstellers angelegt sind, dürfen wenigstens 46 der 50 Einzelergebnisse der Übungen (d. h. 10 Personen × 5 Übungen) für die gesamte nach innen gerichtete Leckage nicht größer sein als

25 % für FFP1
11 % für FFP2
5 % für FFP3

und zusätzlich dürfen wenigstens 8 der 10 arithmetischen Mittelwerte für die gesamte nach innen gerichtete Leckage der einzelnen Geräteträger nicht größer sein als

22 % für FFP1
8 % für FFP2
2 % für FFP3.

Die Prüfung muss nach 8.5 erfolgen.

7.9.2 Durchlass des Filtermediums

Der Durchlass des Filters der partikelfiltrierenden Halbmaske muss die Anforderungen in Tabelle 1 erfüllen.

Tabelle 1 — Durchlass des Filtermediums

Klasse	Ⓐ₁ Maximaler Durchlass des Prüfaerosols Ⓐ₁	
	Natriumchloridprüfung 95 l/min % max.	Paraffinölprüfung 95 l/min % max.
FFP1	20	20
FFP2	6	6
FFP3	1	1

Ⓐ₁ Es müssen insgesamt neun Muster der partikelfiltrierenden Halbmasken für jedes Prüfaerosol geprüft werden.

Die Prüfung nach 8.11 mit der Prüfung des Durchlasses nach EN 13274-7 muss durchgeführt werden mit:

— drei fabrikfrischen Mustern;

— drei Mustern nach der in 8.3.1 beschriebenen Gebrauchssimulation.

Die Prüfung nach 8.11 bei der Exposition mit einer festgelegten Masse an Prüfaerosol von 120 mg sowie für partikelfiltrierende Geräte, für die beansprucht wird, dass sie wiederverwendbar sind und zusätzlich der Lagerprüfung nach EN 13274-7 zu unterziehen sind, muss durchgeführt werden:

— bei nicht wiederverwendbaren Geräten mit:

  — drei Mustern nach der Prüfung der mechanischen Widerstandsfähigkeit nach 8.3.3, gefolgt von dem Temperaturkonditionieren nach 8.3.2.

— bei wiederverwendbaren Geräten mit:

  — drei Mustern nach der Prüfung der mechanischen Widerstandsfähigkeit nach 8.3.3, gefolgt von dem Temperaturkonditionieren nach 8.3.2 und gefolgt von einem Reinigungs- und Desinfektionszyklus entsprechend der Informationsbroschüre des Herstellers. Ⓐ₁

8.5.2.2.8 Sonde für Druckmessung

Eine zweite Sonde wird nahe der Sonde für Probenahme angebracht und mit dem Drucksensor verbunden.

8.5.2.3 Angabe der Ergebnisse

Die Leckage P muss aus den Messungen der letzten 100 s jedes Übungsabschnittes berechnet werden, um ein Verschleppen von Ergebnissen von einer Prüfung in die andere zu vermeiden.

$$P(\%) = \frac{C_2}{C_1} \times \left(\frac{t_{IN} + t_{EX}}{t_{IN}} \right) \times 100$$

Dabei ist

C_1 die Prüfkonzentration;

C_2 die gemessene mittlere Konzentration im Atembereich der Versuchsperson;

t_{IN} die Gesamtdauer der Einatmung;

t_{EX} die Gesamtdauer der Ausatmung.

Die Messung von C_2 erfolgt vorzugsweise mit einem integrierenden Recorder.

8.6 Entflammbarkeit

Es müssen vier partikelfiltrierende Halbmasken geprüft werden: zwei in fabrikfrischem Zustand und zwei nach Temperaturkonditionieren nach 8.3.2.

Die Ein-Brenner-Prüfung wird nach folgendem Verfahren durchgeführt.

Der Atemanschluss wird an einem metallischen Prüfkopf befestigt. Dieser muss mit einem Motor so schwenkbar sein, dass er einen horizontalen Kreis mit einer linearen Geschwindigkeit von (60 ± 5) mm/s, gemessen an der Nasenspitze, beschreibt.

Der Kopf wird über einem Propan-Brenner angeordnet, dessen Position eingestellt werden kann. Mit Hilfe einer geeigneten Lehre muss der Abstand zwischen Brennerspitze und dem niedrigsten Teil des Atemanschlusses (wenn er sich direkt über dem Brenner befindet) auf (20 ± 2) mm eingestellt werden.

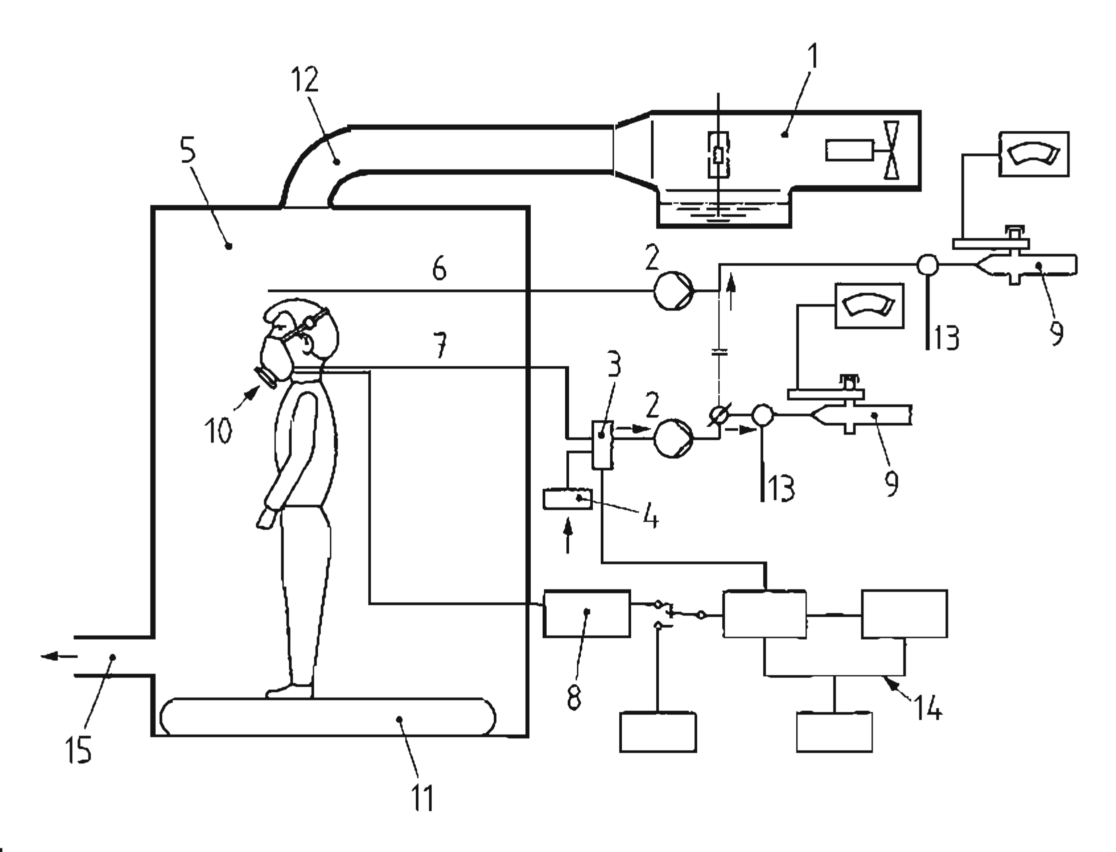
Ein-Brenner, wie in ISO 6941 beschrieben, wurde als geeignet befunden.

Der Kopf wird aus der unmittelbaren Nähe des Brenners weggedreht, die Propan-Zufuhr angestellt, der Druck auf einen Wert zwischen 0,2 bar und 0,3 bar eingestellt und das Gas gezündet. Mit Hilfe eines Nadelventils und durch Feineinstellungen des Versorgungsdruckes muss die Flammenhöhe auf (40 ± 4) mm eingestellt werden. Dies wird mit einer geeigneten Lehre gemessen. Die Temperatur der Flamme, gemessen mit einer keramikisolierten Thermoelementsonde von 1,5 mm Durchmesser, in einer Höhe von (20 ± 2) mm über der Brennerspitze muss (800 ± 50) °C sein.

Wenn es nicht möglich ist, die Temperaturanforderung zu erfüllen, so deutet dies darauf hin, dass ein Fehler, wie z. B. ein teilweise verstopfter Brenner, vorliegt. Dies muss beseitigt werden.

Der Kopf wird in Bewegung gesetzt und die Wirkung des einmaligen Flammendurchganges muss protokolliert werden.

Die Prüfung muss wiederholt werden, damit eine Beurteilung aller Werkstoffe auf der Außenseite des Gerätes möglich ist. Jedes Bauteil darf nur ein Mal durch die Flamme geführt werden.



Legende

1 Zerstäuber
2 Pumpe
3 Umschaltventil
4 Filter
5 Abdeckung
6 Probe aus der Abeckung
7 Probe aus der Maske
8 Manometer
9 Fotometer
10 partikelfiltrierende Halbmaske
11 Laufband
12 Leitung und Prallplatte
13 Zusatzluft
14 Einrichtung für gepulste Probenahme
15 Fortluft

Bild 3 — Typische Einrichtung zum Bestimmen der nach innen gerichteten Leckage mit Natriumchlorid

Tabelle 4 — Übersicht der Anforderungen und Prüfungen

Titel	Anforderung Abschnitt	Anzahl der Muster [a]	Konditionieren [b]	Prüfung Abschnitt
Sichtprüfung	7.3, 7.4, 7.5, 7.6, 7.15, 7.18	alle	–	8.2
Werkstoff	7.5	6	S.W. (3) T.C. (3)	8.2
Reinigen und Desinfizieren	7.6	5	A.R. (5)	Information des Herstellers
Praktische Leistung	7.7	2	A.R. (2)	8.4
Gesamte nach innen gerichtete Leckage	7.9.1	10	A.R. (5) T.C. (5)	8.5
Durchlass des Filtermediums	7.9.2	9 (für jedes Aerosol)	A.R. (3), S.W. (3), (M.S. + T.C. + C.D.) (3)	8.11
Hautverträglichkeit	7.10	10	A.R. (5), T.C. (5)	8.4, 8.5
Entflammbarkeit	7.11	4	A.R. (2), T.C. (2)	8.6
Kohlendioxid-Gehalt	7.12	3	A.R. (3)	8.7
Kopfbänderung	7.13	10	A.R. (5), T.C. (5)	8.4, 8.5
Gesichtsfeld	7.14	2	A.R. (2)	8.4
Ausatemventil	7.15	10	A.R. (5), T.C. (5)	8.5, 8.2
Ausatemventil-Durchströmung	7.15	3	A.R. (1), T.C. (2)	8.3.4, 8.2
Ausatemventil-Zugkraft	7.15	3	A.R. (1), M.S. (1), T.C. (1)	8.8, 8.2
Atemwiderstand (Geräte mit Ventil)	7.16	12	A.R. (3), S.W. (3), T.C. (3), F.C. (3)	8.9
Atemwiderstand (Geräte ohne Ventil)	7.16	9	A.R. (3), S.W. (3), T.C. (3)	8.9
Einspeicherprüfung (optional nur für FFP1 + FFP2 + FFP3-Geräte für nur eine Schicht)	7.17	3	A.R. (1), T.C. (2)	8.10
Austauschbare Teile	7.18	alle	A.R.	8.2

[a] Die meisten Muster werden für mehr als eine Prüfung benutzt.

[b] Abkürzungen:

A.R.: fabrikfrisch
M.S.: Mechanische Widerstandsfähigkeit
S.W.: Behandlung zur Gebrauchssimulation
T.C.: Temperaturkonditioniert
F.C.: Durchströmungskonditioniert
C.D.: Reinigen und Desinfizieren, falls anwendbar



- Leerseite -

Anlage B102

MULTICAPWelding

Von:	Ultramasx Technologies <azdlmmeuoyad@rabbitandjohn.com>
Gesendet:	19. 01 2021 18:13
An:	info@multicapwelding.com
Betreff:	THIS SMART MASK IS REVOLUTIONARY



THE WORLD'S BEST SELLING ELECTRICALLY VENTILATED MASK

THE MOST TECHNOLOGICALLY ADVANCED
SMART MASK

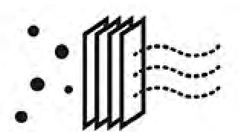


SHOP NOW

DISCOVER THE MOST ADVANCED FAN POWERED SMART MASK IN THE WORLD.
KN100/N100/FFP3 GRADE. U.S. FDA REGISTERED.



DISCOVER OUR FOUR KEY FEATURES



ULTRAPROTECTION

State of the art 4 stage HEPA and ultra fine activated carbon filter catrdidge removes more than 99.97% of suspended particles above PM0.3.



ULTRAVENTILATION

Active 2-speed electric turbofan provides optimal air-flow even during sports activities and a refreshing feeling in warm and humid climates.



ULTRACOMFORTABLE

No more vapor fogging your glasses. Soft medical-grade silicon face seal. Thin straps wearable either behind the head or behind the ears.



ULTRASUSTAINABLE

Re-chargeable via USB and re-usable with our refill filters. The mask lasts years minimising environmental impact. 80% savings vs disposable respirators.

DIN EN 14683



ICS 11.140

Ersatz für
DIN EN 14683:2019-06

Medizinische Gesichtsmasken – Anforderungen und Prüfverfahren; Deutsche Fassung EN 14683:2019+AC:2019

Medical face masks –
Requirements and test methods;
German version EN 14683:2019+AC:2019

Masques à usage médical –
Exigences et méthodes d'essai;
Version allemande EN 14683:2019+AC:2019

Gesamtumfang 28 Seiten

DIN-Normenausschuss Medizin (NAMed)

www.din.de
www.beuth.de



3089330

5.2.7 Zusammenfassung der Leistungsanforderungen

Tabelle 1 — Leistungsanforderungen für medizinische Gesichtsmasken

Prüfung	Typ I[a]	Typ II	Typ IIR
Bakterielle Filterleistung (BFE), (%)	≥ 95	≥ 98	≥ 98
Druckdifferenz (Pa/cm²)	< 40	< 40	< 60
Druck des Spritzwiderstandes (kPA)	entfällt	entfällt	≥ 16,0
Mikrobiologische Reinheit (KBE/g)	≤ 30	≤ 30	≤ 30

[a] Medizinische Gesichtsmasken des Typs I sollten ausschließlich bei Patienten und anderen Personen zur Verminderung des Risikos einer Infektionsverbreitung insbesondere in epidemischen oder pandemischen Situationen verwendet werden. Masken des Typs I sind nicht für medizinisches Fachpersonal in Operationsräumen oder in anderen medizinischen Einrichtungen mit ähnlichen Anforderungen gedacht.

6 Kennzeichnung, Etikettierung und Verpackung

In Anhang I, §13 der Richtlinie über Medizinprodukte (93/42/EWG) bzw. Anhang I, §23 der Verordnung (EU) über Medizinprodukte 2017/745 sind die Informationen festgelegt, die auf der Verpackung, in der die medizinische Gesichtsmaske geliefert wird, angebracht sein sollten.

Folgende Informationen sind bereitzustellen:

a) Nummer dieser Europäischen Norm;

b) Typ der Maske (nach den Angaben in Tabelle 1).

EN ISO 15223-1:2016 und EN 1041:2008+A1:2013 sollten berücksichtigt werden.

Die bakterielle Belastung muss auf 1,7 × 10^3 bis 3,0 × 10^3 KBE je Prüfung eingestellt werden. Die bakterielle Belastung ist auf der Grundlage von Erfahrung und vorangegangener Positiv-Kontrollplatten (siehe B.7.3) zu bestimmen und die Verdünnung der Belastungssuspension ist entsprechend einzustellen. Die mittlere Teilchengröße (MPS) in der bakteriellen Belastungssubstanz muss auf (3,0 ± 0,3) µm gehalten werden (siehe B.7.9).

Tabelle B.1 — Stufenanordnung des Kaskaden-Aufprallgeräts

Stufennummer	1	2	3	4	5	6
Teilchengröße	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Plattenauszählung für lebensfähige „Teilchen"	C1	C2	C3	C4	C5	C6

Dabei ist

P1 = 7,00 µm

P2 = 4,70 µm

P3 = 3,30 µm

P4 = 2,10 µm

P5 = 1,10 µm

P6 = 0,65 µm

$$MPS = \frac{(P1 \times C1) + (P2 \times C2) + (P3 \times C3) + (P4 \times C4) + (P5 \times C5) + (P6 \times C6)}{C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6} \quad (B.1)$$

Die Werte der Plattenauszählung für lebensfähige „Teilchen", die zur Berechnung der mittleren Teilchengröße (MPS) verwendet werden, stellen die Zählungen der „wahrscheinlichen Treffer" dar, die unter Verwendung der „Positive hole"-Umrechnungstabelle in der Bedienungsanleitung des Kaskaden-Aufprallgeräts berechnet werden.

Der oben angeführte MPS-Wert ist der 50%ige effektive Trenndurchmesser, der für jede Stufe mit der Gleichung und den Informationen der Bedienungsanleitung des Kaskaden-Aufprallgeräts berechnet wird.

B.7 Verfahren

B.7.1 Das Prüfgerät ist nach dem in Bild B.1 oder Bild B.3 dargestellten Fließdiagramm zusammenzustellen.

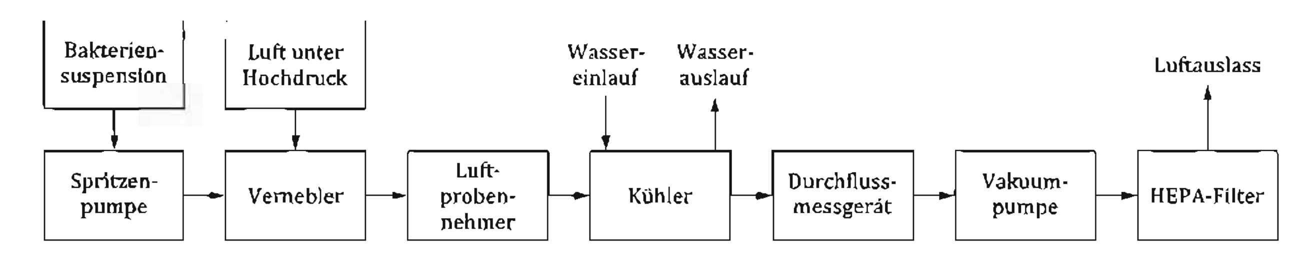


Bild B.1 — Aufbau des BFE-Prüfgeräts

B.7.2 Die bakterielle Belastungssubstanz ist mittels der Umlauf- oder Spritzenpumpe in den Vernebler zu geben.

B.7.9 Bei jedem Probekörper und jedem Kontrolllauf sind die Anzahl der Kolonien auf jeder Petrischale zu zählen und die Zahlen zu addieren, um die Gesamtzahl der durch das Kaskaden-Aufprallgerät gesammelten KBE anzugeben. Die „Positive hole"-Umrechnungstabelle[1] ist nach den Anweisungen des Herstellers des Kaskaden-Aufprallgerätes für die Stufen 3 bis 6 anzuwenden. Für die beiden positiven Kontrollläufe ist der Mittelwert der beiden Gesamtzahlen zu nehmen. Aus den Positiv-Kontrollplatten ist die mittlere Teilchengröße (MPS) des bakteriellen Belastungsaerosols unter Anwendung der in B.6 angegebenen Formel zu berechnen.

B.8 Berechnung der bakteriellen Filterleistung (BFE)

Für jeden Probekörper ist die bakterielle Filterleistung B nach folgender Formel als Prozentsatz zu berechnen:

$$B = (C - T)/C \times 100 \quad \text{(B.2)}$$

Dabei ist

C der Mittelwert der gesamten Plattenauszählung für die beiden positiven Kontrollläufe;

T die gesamte Plattenauszählung für den Probekörper.

B.9 Prüfbericht

Der Prüfbericht muss folgende Angaben enthalten:

a) Nummer und Datum dieser Europäischen Norm;

b) Losnummer oder Chargenbezeichnung der geprüften Masken;

c) Maße der Probekörper und die Größe des geprüften Bereichs;

d) welche Seite des Probekörpers dem Belastungsaerosol zugewandt war;

e) Volumendurchfluss während der Prüfung;

f) Mittelwert der gesamten Plattenauszählung für die beiden positiven Kontrollläufe;

g) Mittelwert der Plattenauszählung für die negativen Kontrollläufe;

h) bakterielle Filterleistung (BFE) für jeden Probekörper.

1 Siehe die „Positive hole"-Umrechnungstabelle in der Bedienungsanleitung des Kaskaden-Aufprallgeräts.

Anlage B104

2020-09-24 Joachim Baum:

„Schutz- und Schadwirkung der MNBs“ -

Model zur numerischen Simulation

U Umfeld

Q_{UA} Q_{AU} Q_{UT} Lüftung ∞

A Außenseite MNB

Q_{AI} Q_{IA} Q_{AT} †††

Q_{UL} Q_{LU}

I Innenseite MNB

Q_{IL} Q_{LI} Q_{IT} †††

L Luftbereich Atemwege

Q_{LR} Q_{RL} Q_{LT} †††

R Reproduktionsbereich (Wirtszellen)

Virusvermehrung Q_{R}

Q_{RT} †††

Körpereigene Abwehr

Der Autor, ein Elektro-Ing., ist u. a. Messgeräteentwickler (youmet.eu) mit Expertise in Validierung und Justizkritiker (Stiftung-Richtertest).



http://leak6.de/yt-reuploads/2020-09-24%20Joachim_Baum-Schutz-und_Schadwirkung_der_MNBs.pdf

- Leerseite -



Observational Study



The Foegen effect

A mechanism by which facemasks contribute to the COVID-19 case fatality rate

Zacharias Fögen, MD*

Abstract die deutsche Kurzfassung befindet sich am Ende dieser Studie!

Extensive evidence in the literature supports the mandatory use of facemasks to reduce the infection rate of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, which causes the coronavirus disease (COVID-19). However, the effect of mask use on the disease course remains controversial. This study aimed to determine whether mandatory mask use influenced the case fatality rate in Kansas, USA between August 1st and October 15th 2020.

This study applied secondary data on case updates, mask mandates, and demographic status related to Kansas State, USA. A parallelization analysis based on county-level data was conducted on these data. Results were controlled by performing multiple sensitivity analyses and a negative control.

A parallelization analysis based on county-level data showed that in Kansas, counties with mask mandate had significantly higher case fatality rates than counties without mask mandate, with a risk ratio of 1.85 (95% confidence interval [95% CI]: 1.51–2.10) for COVID-19-related deaths. Even after adjusting for the number of “protected persons,” that is, the number of persons who were not infected in the mask-mandated group compared to the no-mask group, the risk ratio remained significantly high at 1.52 (95% CI: 1.24–1.72). By analyzing the excess mortality in Kansas, this study determines that over 95% of this effect can solely be attributed to COVID-19.

These findings suggest that mask use might pose a yet unknown threat to the user instead of protecting them, making mask mandates a debatable epidemiologic intervention.

The cause of this trend is explained herein using the “Foegen effect” theory; that is, deep re-inhalation of hypercondensed droplets or pure virions caught in facemasks as droplets can worsen prognosis and might be linked to long-term effects of COVID-19 infection. While the “Foegen effect” is proven in vivo in an animal model, further research is needed to fully understand it.

Abbreviations: CDR = crude death rate, CFR = case fatality rate, COVID-19 = coronavirus disease 2019, crDR = covid-related death rate, MMC = counties with mask mandate, noMMC = counties without mask mandate, RR = risk ratio, SARS-CoV-2 = severe acute respiratory syndrome coronavirus 2.

Keywords: case fatality rate, coronavirus disease 2019, facemasks, Foegen effect, Kansas, mask mandates, severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

1. Introduction

The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic struck the world with over 228 million confirmed cases and over 4.69 million confirmed deaths worldwide by September 18th, 2021,[1] resulting in a case fatality rate (CFR) of about 2.06%. The mortality rate of COVID-19 has been shown to increase with the overall mortality rate of the population.[2] Mortality rate is the most commonly expressed measure of the frequency of occurrence of deaths in a defined population during a specified interval. However, the crude death rate calculates the number of deaths in a geographical area during a given year, per 100,000 mid-year total population of the given geographical area during the same year. Therefore, it is a better parameter to assess death rates among different populations.

Mandatory wearing of masks to cover the nose and mouth is a widely applied strategy in the management of the COVID-19 pandemic across many countries in the world. A lot of focus has been centered on the question whether mask mandates reduce infection rates. A study conducted in the Kansas state of USA showed a reduction in infection rates,[3] while a Danish study did not find any protective effect of wearing masks.[4]

However, a lot less focus has been centered on the course of the disease while using masks. This is a questionable approach, as the question “how many lives can be saved?” is more important than the question “how many infections can be prevented?”.

Therefore, the aim of this study was to assess the influence of mask mandates on CFR by comparing the CFR between 2

Editor: Mohammed Nader Shalaby.

The authors have no funding and conflicts of interests to disclose.

Supplemental Digital Content is available for this article.

The datasets generated during and/or analyzed during the current study are publicly available.

Theaterstr. 6, 34117 Kassel, Germany.

* Correspondence: Zacharias Fögen, Theaterstr. 6, 34117 Kassel, Germany (e-mail: Zacharias.foegen@email.de).

How to cite this article: Fögen Z. The Foegen effect: a mechanism by which facemasks contribute to the COVID-19 case fatality rate. Medicine 2022;101:7 (e28924).

Received: 24 October 2021 / Received in final form: 3 February 2022 / Accepted: 7 February 2022

http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000028924

groups, 1 with and the other without mask mandates. The corresponding two-sided hypothesis is that mask mandates change the CFR. While an increase in CFR may look unintuitive at first glance, more intuitively, one would not exchance his facemask with another person out of fear to breath in the virus that is caught in the facemask and get infected. Thus, breathing in one's own virus might increase the CFR.

The state of Kansas, USA has over 2.8 million residents. During the summer of 2020, Kansas State issued a mask mandate, but it allowed its 105 counties to either opt out or issue their own mask mandate – which was a rarity in the USA and 1 reason for the choice of this state, the other being that the comparison of infection rates among these counties has already been done by Van Dyke et al,[3] showing a benefit of mask mandates.

Out of the 81 counties that had opted out and did not issue their own mask mandate, 8 large cities from 7 counties, had issued a mask mandate. This current study focused on the CFR, and whether mask mandates actually had an effect on the number of lives lost during the COVID-19 pandemic.

2. Method

This study applied secondary data on case updates, mask mandates, and demographic status related to the Kansas state, USA. As this is a secondary data analysis, ethical approval was not necessary.

A 3 + 3 step model was applied for the analysis of these data.

2.1. Step 1: Categorizing the counties into two groups

Using the information on counties with facemask-related regulations from the study by Van Dyke et al,[3] which used data from the Kansas Health Institute and CDC, 105 counties were categorized into counties with mask mandate (MMC) and counties without mask mandate (noMMC). Further, the counties without mask mandate were evaluated to identify cities with mask mandates[5] in them. Then the percentage of the county population[6] that was represented by these cities[7] was assessed in order to eliminate counties in which about half of the population was under a mask mandate, as they would dilute the results.

Thus, in order to guarantee that the cities with mask mandates constituted either more than twice of or more than half of the county's population not under a mask mandate, if more than 2/3 of these counties' population was either under mask mandate or not, the county was included in the analysis and moved to the corresponding group. Correspondingly, if the city's population was within +/-17% of half of the county's population (that is, between 33% and 67%), the county was excluded.

2.2. Step 2: Parallelizing the groups

Since the assumption was close that counties with a more vulnerable population had issued a mask mandate (bias by selection), the specific COVID-19 risk of each group's population was assessed. The study by Vasishtha et. al[8] demonstrates that COVID-19 mortality is closely matched with overall mortality, which is represented by the crude death rate (CDR) of any given population. The CDR represents age, pre-existing illness and all other mortality-bound cofactors in the underlying population.

Further, the CDR of each county for 2019[9] was modified by subtracting deaths from causes that are clearly not a risk factor for COVID-19 to prevent statistical anomalies when comparing CDR, like an unusual spike in deaths from external causes or perinatal mortality in single counties. The following categories of the Kansas Health Institute death data were thus excluded to calculate a covid-related death rate (crDR): "pregnancy complications," "birth defects," "conditions of the perinatal period (early infancy)," "sudden infant death syndrome," "motor vehicle accidents," "all other accidents and adverse effects," "suicide," "homicide," and "other external causes".[9]

This crDR of the counties was then population-weighted (multiplied with population of county divided by population of group) and added up to calculate the crDR (total number of expected deaths per 100,000 people per year) of both the MMC and noMMC groups.

The assessement showed that, after step 1, the crDR of the noMMC group was 1012.6 deaths per 100,000, while the MMC group had an crDR of 782.5 deaths per 100,000, clearly indicating a bias of noMMC group being a more vulnerable population, counterintuitively.

Due to the lack of normality and homoscedasticity (as demonstrated in the scatterplot, Fig. 1), a regression was not possible, thus, the counties were parallelized for comparison based on crDR.

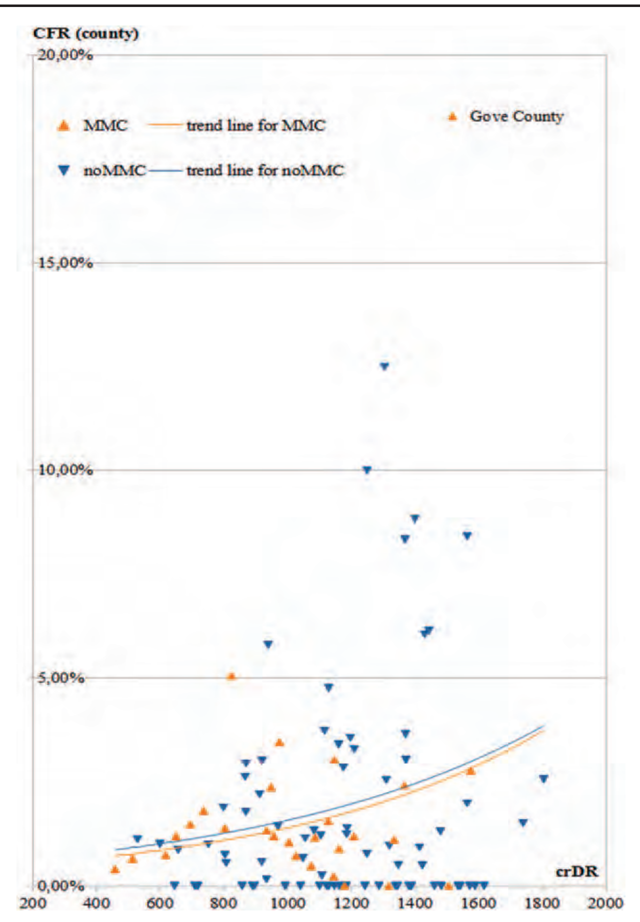


Figure 1. Scatterplot of COVID-19-related death rate (crDR) vs. case fatality rate (CFR). Orange triangles pointing upwards represent mask-mandated counties (MMC), blue triangles pointing downwards represent counties without mask mandate (noMMC).

In this process counties were excluded until both groups had a matching crDR, meaning both populations are equally vulnerably to COVID-19.

This process of parallelization is a customized modification of the usual process used in parallel studies. It is based on larger groups (county populations) instead of individuals while likewise aiming to eliminate the aforementioned confounder.

There were 2 ways in order to get almost the same crDR in both groups:

A) Removing primarily counties with the highest crDR in the group with a higher crDR until both groups had the same crDR: Configuration A.
B) Removing primarily counties with the lowest crDR in the group with a lower crDR until both groups had the same crDR: Configuration B.

Therefore, cut-off limits of crDR were used in an attempt to reduce the crDR difference while trying to include the largest percentage of the eligible Kansas population.

2.3. Step 3: Analyzing the data

As the mask mandate was issued on July 3rd, August 1st was considered as the start date to allow for necessary adjustments to the mask mandate and prevent overlap with time before the mask mandate as the effect of mask mandates may not be visible immediately.

Moreover, October 15th was fixed as the end date as proof of mask mandates was available up to that point, and the existent mask mandates were revised after that date. The number of infected cases[10] was calculated for this period.

The COVID-19 death count in Kansas[11] is not personalized, meaning for each death counted there is no information on the person's infection date. After referring to the study by Khalili et al,[12] the calculation of deaths was delayed to 14 days after the COVID-19 infection time period. In order to mitigate the influence of the start and end of the time interval, the number of deaths as the average of death differences between August 7th and October 22nd, August 14th and October 29th, as well as August 21st and November 5th was calculated. This way, both infection and death data were obtained for a span of 76 days. Based on these numbers, infection rates and CFR were calculated for both groups in both configurations.

A fourfold table was applied for the Chi-Squared test ($\alpha = 0.05$) and risk ratio (RR; MMC to noMMC), and 95%CIs were calculated to determine whether the mask mandates significantly increased or decreased the CFR by COVID-19.

All statistical calculations were done using LibreOffice 7.1. (The Document Foundation, Berlin, Germany).

2.4. Step 4a: Infection rate correlated bias check (when applicable)

If the RR was significant, a sensitivity analysis is used to verify whether a difference in infection rate explains the difference in the CFR. For this, $\lambda_{low\text{-}CFR}$ was considered the infection rate of the group with a lower CFR, and $\lambda_{high\text{-}CFR}$ was considered the infection rate of group with a higher CFR.

The 2 possibilities were:

1. The group with low CFR also has a lower infection rate.

   If $\lambda_{low\text{-}CFR} < \lambda_{high\text{-}CFR}$, there might be a testing bias.

   The hypothesis to this would be that if both groups had been tested equally and both had equal infection rates, the CFR would not be significant. In order to prove this hypothesis, the number of deaths in the group with a lower CFR was reduced by multiplying it with the factor ($\lambda_{low} / \lambda_{high}$), the fourfold table from step 3 was revised, and a repeat calculation of the Chi-Squared, RR, and 95%CI was done.

2. The group with lower CFR has a higher infection rate.

   If $\lambda_{low\text{-}CFR} > \lambda_{high\text{-}CFR}$, there might be a bias by protection.

   The hypothesis would be that if those protected by a reduced infection rate were counted as survivors (although they could still be infected later), the CFR would not be significant.

   In order to prove this hypothesis, the number of infected people in the group with a higher CFR was increased by multiplying it with the factor ($\lambda_{low} / \lambda_{high}$), the fourfold table from step 3 was corrected, and calculation of Chi-Squared, RR, and 95%CI was revised.

2.5. Step 4b: Confounder check (when applicable)

If the RR was significant, further analysis was performed to find whether a confounder caused the RR (for MMC) to increase or decrease independently of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection. This could be, for instance, the accumulation of fungal spores or bacteria in the mask or mask-induced hypoxia (increasing RR), or the prevention of other possibly lethal viral or bacterial infections (decreasing RR).

The hypothesis would be that a confounder in MMC causes increase or decrease in the RR independently from SARS-CoV-2. If this were true, the effect of masks would occur not only in the infected population but also among the not infected population under mask mandate. This can be proven wrong if the potential effect does not align with overall excess mortality in Kansas.

Therefore, it was necessary to calculate the additional deaths by mask mandates or the reduced death by mask mandates (for RR and both ends of its 95%CI as in step 3).

These additional/reduced deaths were calculated as the absolute value of

$$(1/\phi - 1) * \text{death}_{MMC}$$

where ϕ is RR (or the values of both ends of its 95% CI), and death_{MMC} is the number of deaths in MMC. Further, the expected additional/reduced deaths (in all infected and non-infected) in all MMC counties were calculated by dividing by the number of infected persons in MMC (as obtained in step 3) and multiplying with the total population in all MMC (from step 1).

This result was compared to the (total) Kansas non-COVID-19 excess mortality during the corresponding weeks as already calculated by the CDC.[13] The process involves calculating and adding up the difference between nonCOVID-19 deaths and the average expected number of deaths for each given week. The resultant value indicates the nonCOVID-19 excess deaths.

By dividing this number with the expected additional/reduced deaths in all non-infected in all MMC countries, it is possible to estimate the proportion of the RR increase/decrease calculated in step 3 that is not related to COVID-19 and thus indicating the influence of possible confounders.

2.6. Step 4c: Negative control (when applicable)

In case there is a difference after Step 3, the same group of counties would be analyzed using data from February 1st as starting date and April 15th as the end date for cases. The number

of deaths was calculated as the average differences of February 8th to April 22nd, February 15th to April 29th and February 22nd to May 6th. These dates were chosen because shortly after April 15th, Kansas was hit by the 1st wave of the COVID-19 pandemic.

This resulted in multiple problems. First, case numbers increased rapidly and resulted in a strong undertesting, resulting in a test positivity rate[14] of 18% on April 21st and 22nd, which then dropped consecutively due to massively expanded testing to 3.7% on June 7th, which is problematic as the positivity rate influences CFR. Furthermore, hospital capacity during the first wave was limited which may have resulted in medical undersupply and increased CFR. As the first wave hit all counties neither simultaneously nor in same intensity, I did exclude this timespan as it would incur massive bias.

As a comparison, during the chosen time span from Step 3, positivity rate was constantly between 6.9% and 9.9%.

3. Results

3.1. Step 1: Categorizing the counties into two groups

Figure 1 gives an overview of the mask mandates in Kansas counties.

Evaluation of the cities with mask mandates in noMMC is shown in Table 1.

Figure 2 shows the result of these evaluations. There were 27 counties in the MMC group, 76 in the noMMC group, and 2 were excluded.

3.2. Step 2: Parallelizing the groups

Figure 3 shows the scatterplot of crDR and CFR by county and after step 1, the single outlier of Gove County (MMC) being marked.

Parallelizing using way A, by fixing the cut-off limits of crDR to <1350 deaths per 100,000 for noMMC and >800 deaths per 100,000 for MMC, the difference in crDR between both groups became 0.5 deaths per 100,000 (926.2 vs 925.7) which resulted in adequate parallelization of the groups.

These cut-off limits eliminated 31 counties (mostly small counties from the noMMC category) and 41.3% of the population (mostly from the MMC category). Note that Sedgwick County with 516,042 people and an crDR of 802.5 deaths per 100,000 got narrowly included in the analysis. Figure 4 shows the counties after step 2A.

Parallelizing using way B, by fixing the cut-off limits of crDR to >805 for MMC and >600 for noMMC, the difference in crDR between both groups became 8.7 deaths per 100,000 (less than one percent) which also resulted in adequate parallelization of the groups.

These cut-off limits eliminated only 11 counties but 56.7% of the population. Figure 5 shows the counties after step 2B.

The names of these final counties and their corresponding group are shown for both configurations in the Supplemental Digital Content Appendix, http://links.lww.com/MD/G626.

Table 1

Large cities with mask mandates in counties without mask mandates.

City		County		
Name	Population	Name	Population	Population City/County
Emporia	24.765	Lyon	33.195	75%
Hays	20.852	Ellis	28.553	73%
Manhattan	53.678	Riley	74.232	72%
Marion	1.787	Marion	11.884	15%
Osawatomie	4.266	Miami	34.237	29%
Paola	5.670			
Parsons	9.665	Labette	19.618	49%
Winfield	12.057	Cowley	34.908	35%

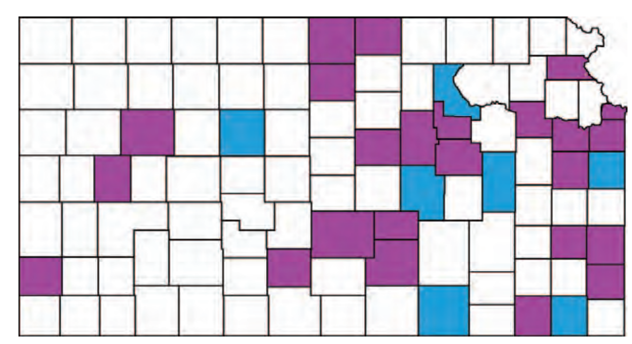


Figure 2. Mask mandates in Kansas counties. Counties with a mandatory mask mandate are purple, counties without a mandatory mask mandate are white. Blue counties are counties without mask mandate that have one or more larger cities with a mask mandate.

3.3. Step 3: Analyzing the data

The results for both configurations are shown in Table 2.

To correct for the CFR outlier of Gove County, the number of deaths in Gove County was reduced from 13 to 3, as marked by the subscript "G."

Furthermore, a sensitivity analysis was performed by excluding counties without a mask mandate that had counties with a mask mandate, as shown in Table 3, which did confirm the prior results.

3.4. Step 4a: Infection rate correlated bias check (optional)

As the RR was significant and infection rate in noMMC was higher, an additional test was performed to examine protection bias.

The results are shown in Table 4.

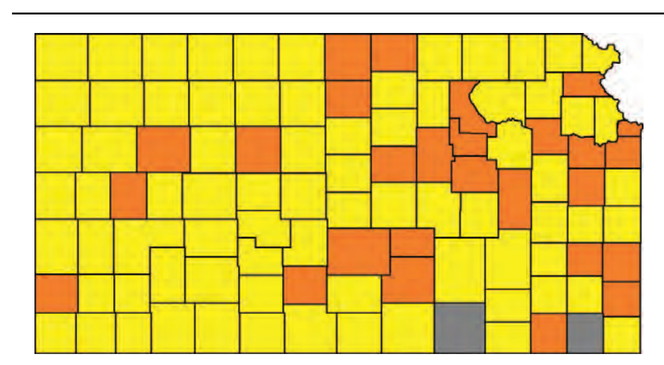


Figure 3. Counties after evaluating the major cities with mask mandates in counties without a mask mandate. Mask-mandated counties (MMC) are orange, counties without mask mandate (noMMC) are yellow. Grey counties were excluded.

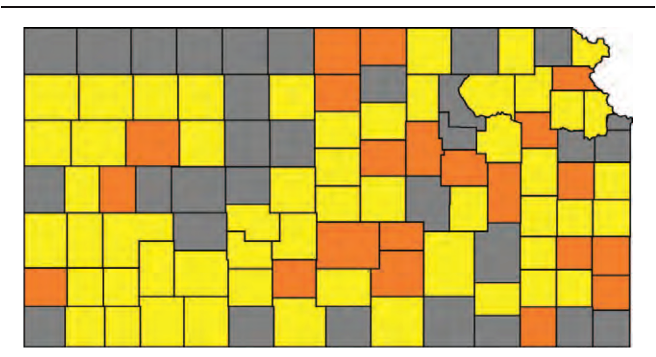


Figure 4. Kansas counties included in the analysis, configuration A. Mask-mandated counties (MMC) are orange, counties without mask mandate (noMMC) are yellow. Grey counties were excluded.

Figure 5. Kansas counties included in the analysis, configuration B. Mask-mandated counties (MMC) are orange, counties without mask mandate (noMMC) are yellow. Grey counties were excluded.

3.5. Step 4b: Confounder check (optional)

The additional deaths among those infected in MMC was 111 (95% CI 82–126) in configuration A respectively 57 (95%CI 39–71) in configuration B. If these deaths (among infected individuals) were not related to COVID-19, 17,031 (95% CI 12,582–19,333) and 15,802 (95% CI 10,812–19,683) additional deaths among non-infected individuals would be expected in configurations A and B, respectively.

According to CDC, the average number of expected all-cause deaths in Kansas from August 2nd to November 7th 2020 was 6867 (98 days compared to the study's 76 days). The number of deaths without COVID-19 during this time span was 7382, resulting in 515 excess deaths not related to COVID-19.

Comparing these 515 excess deaths to the numbers of expected additional deaths (where even the lower CI are over 10,300), this means that non-COVID factors (i.e., possible confounders) represent less than 5.0% (515/10,300) of the RR increase, thus looking at other factors that would reduce that percentage even further (noMMC counties among excess deaths and adjusting for the different timespan mentioned above) was unnecessary.

Table 2

Results of the analysis (step 3)*.

	Configuration A			Configuration B		
	MMC†		noMMC‡	MMC†		noMMC‡
People total	1,072,139		638,955	556,097		704,210
Infected people	13,655		9880	7,563		10,403
Deaths	241		95	156		137
CFR§	1.76%		0.96%	2.06%		1.32%
RR¶ (MMC†)		1.85 [1.51–2.10]			1.58 [1.34–1.84]	
p		<0.001			<0.001	
CFR_G§	1.69%		0.96%	1.93%		1.32%
RR_G¶ (MMC†)		1.77 [1.45–2.01]			1.48 [1.25–1.73]	
p_G		<0.001			0.001	

† mask mandated counties
‡ counties without mask mandate
§ case fatality rate
¶ risk ratio.
* Subscript G indicates correction for the outlier of Gove County.

Table 3

Sensitivity analysis (step 3), excluding counties without mask mandate with cities with mask mandate.

	Configuration A			Configuration B		
	MMC†		noMMC‡	MMC†		noMMC‡
People total	1,038,944		604,718	522,902		658,089
Infected people	13,138		9,503	7036		9970
Deaths	214		93	130		135
CFR§	1.63%		0.98%	1.85%		1.35%
RR¶ (MMC†)		1.68 [1.37–1.91]			1.37 [1.16–1.63]	
p		<0.001			0.01	

† mask mandated counties
‡ counties without mask mandate
§ case fatality rate
¶ risk ratio

Table 4

Results after infection rate correlated bias check (Step 4a)*.

	Configuration A			Configuration B		
	MMC†		noMMC‡	MMC†		noMMC‡
People total	1,072,139		638,955	556,097		704,210
Infected (corr.)	16,578		9,880	8215		10,403
Deaths	241		95	156		137
CFR§	1.45%		0.96%	1.90%		1.32%
RR¶ (MMC†)		1.52 [1.24–1.72]			1.45 [1.23–1.69]	
p		<0.001			0.001	
CFR_G§	1.39%		0.96%	1.78%		1.32%
RR_G¶ (MMC†)		1.46 [1.19–1.65]			1.36 [1.15–1.59]	
p_G		0.002			0.01	

† mask mandated counties
‡ counties without mask mandate
§ case fatality rate
¶ risk ratio.
* Subscript G indicates correction for the outlier of Gove County.

3.6. Step 4c: Negative control (optional)

There was no statistically significant difference between case fatality rates from February 1st, 2020 to April 15th, 2020 in neither configuration (Configuration A: $P=.86$; RR = 1.06 [0.65–1.56], configuration B: $P=.64$; RR = 1.2 [0.73–2.02]).

Furthermore, Table 5 demonstrates the change of RR under the assumption that of 15% of deaths were not caused by severe complications of COVID-19 as underlying cause of death.[15]

4. Discussion

The objective of this study was to find out whether mask mandates contribute to the COVID-19 CFR by comparing data between Kansas counties that had mask mandates and those that did not have mask mandates during the same time period in the summer of 2020.

The most important finding from this study is that contrary to the accepted thought that fewer people are dying because infection rates are reduced by masks, this was not the case. Results from this study strongly suggest that mask mandates actually caused about 1.5 times the number of deaths or ~50% more deaths compared to no mask mandates. This means that the risk for the individual wearing the mask should even be higher, because there is an unknown number of people in MMC who either do not obey mask mandates, are exempted for medical reasons or do not go to public places where mask mandates are in effect. These people do not have an increased risk and thus the risk on the other people under a mask mandate is actually higher.

The mask mandates themselves have increased the CFR by 1.85/ 1.58 or by 85% / 58% in counties with mask mandates. It was also found that almost all of these additional deaths were attributed solely to COVID-19. Therefore, this number is most likely underestimated and depends to a large extent on the percentage of people who tested positive for SARS-CoV-2 but did not die with COVID-19 as the underlying cause of death. The study by Cobos-Siles et al[15] described that 15% of patients with COVID-19 infection died from decompensation due to other pathologies and the cause of death was unrelated to severe complications of COVID-19. The study by Rommel et al[16] describes that from 38.641 deaths with and by COVID-19 only 31.638 (81.9%) were reported with COVID-19 as the underlying cause of death. Correcting for this phenomenon (using the former value by Cobos-Siles) raises the RR for deaths with COVID-19 as the underlying cause to 2.10 (in configuration A).

Table 5

Adjusting RR for a rate of 85% of deaths with COVID-19 as underlying cause.

No-MMC†	MMC‡	
9880	13665	Infected
95	241	Deaths
0	111	Thereof additional deaths by mask mandate§
73	101	85% deaths with COVID-19¶ as underlying cause of death without mask mandate††
73	212	deaths with COVID-19 as underlying cause of death‡‡
0,74%	1,55%	CFR§§ (for deaths with COVID-19 as underlying cause of death)
	2,10	RR¶¶ (for deaths with COVID-19 as underlying cause of death)

† counties without mask mandate
‡ mask mandated counties.
§ As calculated in step 4b
¶ coronavirus disease 2019.
†† ([total deaths] * 85% – [additional deaths by mask mandate]) * [infected in group]/ [infected total].
‡‡ Total of the two rows above
§§ case fatality rate
¶¶ risk ratio (MMC/noMMC).

4.1. Hypothesis

A rationale for the increased RR by mandating masks is probably that virions that enter or those coughed out in droplets are retained in the facemask tissue, and after quick evaporation of the droplets,[17] hypercondensed droplets or pure virions (virions not inside a droplet) are re-inhaled from a very short distance during inspiration. This process will be referred to as the "Foegen effect" because a review of the literature did not yield any results on this effect, which has not been described earlier.

The fundamentals of this effect are easily demonstrated when wearing a facemask and glasses at the same time by pulling the upper edge of the mask over the lower edge of the glasses. Droplets appear on the mask when breathing out and disappear when breathing in.

In the "Foegen effect," the virions spread (because of their smaller size) deeper into the respiratory tract.[18] They bypass the bronchi and are inhaled deep into the alveoli, where they can cause pneumonia instead of bronchitis, which would be typical of a virus infection. Furthermore, these virions bypass the multilayer

squamous epithelial wall that they cannot pass into in vitro[19] and most likely cannot pass into in vivo. Therefore, the only probable way for the virions to enter the blood vessels is through the alveoli.

Moreover, the "Foegen effect" could increase the overall viral load because virions that should have been removed from the respiratory tract are returned. Viral reproduction in vivo, including the reproduction of the re-inhaled virions, is exponential compared with the mask-induced linear droplet reduction.[20] Therefore, the number of exhaled or coughed out virions that pass through the facemask might, at some point, exceed the number of virions shed without facemasks. Furthermore, the hypercondensed droplets and pure virions in the mask might be blown outwards during expiration, resulting in aerosol transmission instead of droplet transmission. Moreover, these 2 effects might be linked to a resurgence of rhinovirus infections.[21]

The use of "better" masks (e.g., FFP2, FFP3) with a higher droplet-filtering capacity probably should cause an even stronger "Foegen effect" because the number of virions that are potentially re-inhaled increases in the same way that outward shedding is reduced.

Another salient point is that COVID-19-related long-term effects and multisystem inflammatory syndrome in children may all be a direct cause of the "Foegen effect." Virus entry into the alveoli and blood without being restricted to the upper respiratory tract and bronchi and can cause damage by initiating an (auto) immune reaction in most organs.

Regarding the proposed consequences of the "Foegen effect," the question arises which share of the global death toll and long-term effects of COVID-19 can be attributed to widespread mask use.

4.2. Supporting literature

Chan et al[22] proved the "Foegen effect" in a golden Syrian hamster by showing a significant increase in viral load in the lungs of masked hamsters compared with non-masked hamsters ($P < .05$). Unfortunately, these findings are left undiscussed in their study. As their study also finds an increased viral load in the lung when only the infected hamster was masked, this reinforces the abovementioned theory of the facemasks increasing the number of aerosols emitted by the wearer.

The study by Adjodah et al[23] analyzes the effect of mask mandates on cases and mortality (but not CFR) in the USA on a pre-post-basis, and finds that after the lifting of a mask mandate, cases rise but mortality does not, which effectively means that lifting a mask mandate lowers the CFR. Conversely, the implementation of a mask mandate increases CFR. This can also be seen in the data from Adjodah et al by taking the delay between infection and death (14 days[11]) into account: Deaths on day 40 are still within the 95% CI of day 14, while cases on day 26 are significantly lower (compared to day zero).

While 1 might think that obstructing the expiratory pathway in respiratory infections has never been performed before, this is regularly performed for patients with acute respiratory distress syndrome, wherein ventilation masks, and not facemasks, are provided to increase the oxygen supply. Frat et al[24] compared ventilation masks to nasal cannulas and showed a significant difference that favoured nasal cannula use based on a 90-day mortality assessment. Patel et al[25] compared ventilation masks to an airtight but ventilated helmet around the patient's head; however, the trial was stopped early based on the predefined criteria for efficacy: the mask group had significantly less ventilator-free days, a worse intubation rate, and higher overall mortality, which was attributed to a slightly higher positive end-expiratory pressure in the ventilation mask group; however, a meta-analysis by Guo et al[26] showed that a high positive end-expiratory pressure correlated with a better outcome, making the helmet study an important indication of the existence of the "Foegen effect."

Improved respiratory clearance using mucoactive agents, such as herbal medicines[27] that have been used for centuries or newly developed pharmaceutical drugs,[28,29] compared with a placebo, reduces exacerbations of respiratory tract infections. Certain observations during the ongoing COVID-19 pandemic, especially the high death rate among medical personnel in Italy during the "first wave" of the pandemic,[30] could be attributed to working for many hours while wearing facemasks, despite being ill. The accumulation of virions in facemasks was demonstrated by Chughtai et al.[31]

4.3. Limitations and scope

The main confounder of old age and illness has been accounted for by the parallelisation approach. Comparing counties within one state also leads to minimal differences in access to and quality of the health system, testing numbers, culture and behaviour regarding health and mask usage, climate, and time of infection peaks. This and the use of 2 different configurations (see Tables 2, 3 and 4) means that there is no systematic confounding in these overall much weaker confounding factors.

This study was based on secondary data analysis; thus, future studies with a prospective design are required to understand this research question more clearly.

Ethical principles prevent clinical studies to be conducted to prove the "Foegen effect" in vivo in humans and wearing a mask is not blindable; thus, proving the "Foegen effect" further in humans may be very difficult, especially considering the results of the helmet trial[25] and early termination as the results for the mask group were extremely poor.

However, a sick person breathing out through a mask (without inhaling) and a puppet "inhaling" through that same mask into a particle collector shortly thereafter might help prove the "Foegen effect."

Another method of proving or disproving the "Foegen effect" is the use of (H_2O)-O-15 positron emission tomography. The proband will gargle with (H_2O)-O-15, spit it out, then either put on a mask or not, take some deep breaths in and out, and then measurements of thorax and head are started immediately. As by the "Foegen effect," the positron emission tomography scan should show (more) water being inhaled into the lungs.

Furthermore, lung radiographs were particularly shadowed in the lower lobe and peripherally at the beginning of the pandemic,[32] but there are unconfirmed observations by healthcare professionals that now, in the wake of the mask requirement, the shadowing is ubiquitous. A corresponding retrospective study could relate the degree of shadowing (and thus the severity of the infection) to the time of average mask wearing.

In animal models, the "Foegen effect" was observed in a golden hamster model. Research on other animals, especially rhesus monkeys, should be conducted. However, it is important to note that the effect was observed on day 5 post-challenge, but not on

day 7. This indicates that the duration of the effect is shorter in healthy individuals, which is plausible because the overall access of immune cells to alveolar epithelium is better than that to the epithelium of the oropharynx. Thus, when testing the "Foegen effect" in animals, multiple endpoints for sacrifice (e.g., daily) should be considered.

Further research should quantify the number of non-COVID-19-related deaths, both in populations with and without mask mandates, to understand the full extent of the effect on CFR. The consequences of the "Foegen effect" in aerosol transmission and viral load on infection rates should be evaluated in future research.

5. Conclusion

This study revealed that wearing facemasks might impose a great risk on individuals, which would not be mitigated by a reduction in the infection rate. The use of facemasks, therefore, might be unfit, if not contraindicated, as an epidemiologic intervention against COVID-19. Proving or disproving the "Foegen effect" using experimental studies as described above should be a priority to public health scientists.

Acknowledgments

I am grateful for the helpful comments by Prof. Oliver Hirsch. I would like to thank Editage [http://www.editage.com] for the scientific editing of this manuscript as well as for editing and reviewing it for English language.

Author contributions

Conceptualization: Zacharias Fögen.
Data curation: Zacharias Fögen.
Formal analysis: Zacharias Fögen.
Funding acquisition: Zacharias Fögen.
Investigation: Zacharias Fögen.
Methodology: Zacharias Fögen.
Project administration: Zacharias Fögen.
Resources: Zacharias Fögen.
Software: Zacharias Fögen.
Supervision: Zacharias Fögen.
Validation: Zacharias Fögen.
Visualization: Zacharias Fögen.
Writing – original draft: Zacharias Fögen.
Writing – review & editing: Zacharias Fögen.

References

[1] Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. Lancet Inf Dis 2020;533–4.
[2] Ioannidis JPA. Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data. Bull World Health Organ 2021;99:19–33F.
[3] Van Dyke ME, Rogers TM, Pevzner E, et al. Trends in county-level COVID-19 incidence in counties with and without a mask mandate - kansas, June 1-August 23, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:1777–81.
[4] Bundgaard H, Bundgaard JS, Raaschou-Pedersen DET, et al. Effectiveness of adding a mask recommendation to other public health measures to prevent SARS-CoV-2 infection in danish mask wearers: a randomized controlled trial. Ann Intern Med 2021;174:335–43.
[5] [Dataset 1] Counties and Cities with Mask mandates (October 15th). United States: Kansas Health Institute (KHI); **2020**. https://www.khi.org/policy/article/20-25. Accessed January 1, 2021.
[6] [Dataset 2] Population of Counties. United States: Data from Center for Disease Control and Prevention (CDC), state- and local-level public health agencies, compiled by USAFacts; **2020**. https://static.usafacts.org/public/data/covid-19/covid_county_population_usafacts.csv. Accessed January 1, 2021.
[7] [Dataset 3] Population of Cities. United States: Data from United States Census Bureau, compiled by Cubit; **2020**. https://www.kansas-demographics.com/cities_by_population. Accessed January 1, 2021.
[8] Vasishtha G, Mohanty SK, Mishra US, et al. Impact of COVID-19 infection on life expectancy, premature mortality, and DALY in Maharashtra, India. BMC Infect Dis 2021;21:343.
[9] [Dataset 4] crude death rate by Counties 2019, Number of Death by County 2019 for pregnancy complications, birth defects, conditions of perinatal period (early infancy), sudden infant death syndrome (SIDS), motor vehicle accidents, all other accidents and adverse effects, suicide, homicide, and other external causes. United States: Kansas Department of Health and Environment; **2020**. http://kic.kdheks.gov/death_new.php. Accessed January 1, 2021.
[10] [Dataset 5] Daily Cases by Counties: Data from Center for Disease Control and Prevention (CDC), state- and local-level public health agencies, compiled by USAFacts; **2020**.https://static.usafacts.org/public/data/covid-19/covid_confirmed_usafacts.csv. Accessed January 1, 2021.
[11] [Dataset 6] Daily Deaths by Counties: Data from Center for Disease Control and Prevention (CDC), state- and local-level public health agencies, compiled by USAFacts; **2020**. https://static.usafacts.org/public/data/covid-19/covid_deaths_usafacts.csv. Accessed January 1, 2021.
[12] Khalili M, Karamouzian M, Nasiri N, et al. Epidemiological characteristics of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Epidemiol Infect 2020;148:e130.
[13] [Dataset 7] Excess Deaths Associated with COVID-19. Center for Disease Control and Prevention (CDC); **2020**. https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid19/excess_deaths.htm. Accessed January 1, 2021.
[14] Data on Kansas test positivity rate. Department of Health and Human Services, compiled by https://covidactnow.org/us/kansas-ks/ Accessed September 19, 2021.
[15] Cobos-Siles M, Cubero-Morais P, Arroyo-Jiménez I, et al. Cause-specific death in hospitalized individuals infected with SARS-CoV-2: more than just acute respiratory failure or thromboembolic events. Intern Emerg Med 2020;15:1533–44.
[16] Rommel A, Lippe EV, Plass D, et al. The COVID-19 disease burden in Germany in 2020—years of life lost to death and disease over the course of the pandemic. Dtsch Arztebl Int 2021;118:145–51.
[17] Wells WF. On air-borne infection. Study II. Droplets and droplet nuclei. Am J Epidemiol 1934;20:611–8.
[18] Thomas RJ. Particle size and pathogenicity in the respiratory tract. Virulence 2013;4:847–58.
[19] Milewska A, Kula-Pacurar A, Wadas J, et al. Replication of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in human respiratory epithelium. J Virol 2020;94:e00957–1020.
[20] Asadi S, Cappa CD, Barreda S, Wexler AS, Bouvier NM, Ristenpart WD. Efficacy of masks and face coverings in controlling outward aerosol particle emission from expiratory activities. Sci Rep 2020;10:15665.
[21] Poole S, Brendish NJ, Tanner AR, Clark TW. Physical distancing in schools for SARS-CoV-2 and the resurgence of rhinovirus. Lancet Respir Med 2020;8:e92–3.
[22] Chan JF, Yuan S, Zhang AJ, et al. Surgical mask partition reduces the risk of noncontact transmission in a golden syrian hamster model for coronavirus disease 2019 (COVID-19). Clin Infect Dis 2020;71:2139–49.
[23] Adjodah D, Dinakar K, Chinazzi M, et al. Association between COVID-19 outcomes and mask mandates, adherence, and attitudes. PLoS One 2021;16:e0252315.
[24] Frat JP, Thille AW, Mercat A, et al. High-flow oxygen through nasal cannula in acute hypoxemic respiratory failure. N Engl J Med 2015;372:2185–96.
[25] Patel BK, Wolfe KS, Pohlman AS, Hall JB, Kress JP. Effect of noninvasive ventilation delivered by helmet vs face mask on the rate of endotracheal intubation in patients with acute respiratory distress syndrome: a randomized clinical trial. JAMA 2016;315:2435–41.
[26] Guo L, Xie J, Huang Y, et al. Higher PEEP improves outcomes in ARDS patients with clinically objective positive oxygenation response to PEEP: a systematic review and meta-analysis. BMC Anesthesiol 2018;18:172.
[27] Wagner L, Cramer H, Klose P, et al. Herbal medicine for cough: a systematic review and meta-analysis. Forsch Komplementmed 2015; 22:359–68.

[28] Cazzola M, Rogliani P, Calzetta L, Hanania NA, Matera MG. Impact of mucolytic agents on COPD exacerbations: a pair-wise and network meta-analysis. COPD 2017;14:552–63.
[29] Rubin BK. The pharmacologic approach to airway clearance: mucoactive agents. Paediatr Respir Rev 2006;7:S215–9.
[30] Nava S, Tonelli R, Clini EM. An Italian sacrifice to the COVID-19 epidemic. Eur Respir J 2020;55:2001445.
[31] Chughtai AA, Stelzer-Braid S, Rawlinson W, et al. Contamination by respiratory viruses on outer surface of medical masks used by hospital healthcare workers. BMC Infect Dis 2019;19:491.
[32] Zhao W, Zhong Z, Xie X, Yu Q, Liu J. Relation between chest CT findings and clinical conditions of coronavirus disease (COVID-19) pneumonia: a multicenter study. AJR Am J Roentgenol 2020;214:1072–7.

Abstract auf Deutsch:
Umfangreiche Beweise in der Literatur unterstützen die obligatorische Verwendung von Gesichtsmasken zur Verringerung der Infektionsrate des schweren akuten respiratorischen Syndroms Coronavirus 2, das die Coronavirus-Krankheit (COVID-19) verursacht.
Die Wirkung der Maskennutzung auf den Krankheitsverlauf bleibt jedoch umstritten.
Diese Studie zielte darauf ab, festzustellen, ob die obligatorische Verwendung von Masken die Sterblichkeitsrate in Kansas, USA, zwischen dem 1. August und dem 15. Oktober 2020 beeinflusste.
Diese Studie verwendete Sekundärdaten zu Fallaktualisierungen, Maskenpflichten und demografischem Status in Bezug auf den Bundesstaat Kansas, USA.
An diesen Daten wurde eine Parallelisierungsanalyse auf der Grundlage von Daten auf Kreisebene durchgeführt.
Die Ergebnisse wurden durch die Durchführung mehrerer Sensitivitätsanalysen und einer Negativkontrolle kontrolliert.
Eine Parallelisierungsanalyse auf der Grundlage von Daten auf Bezirksebene zeigte, dass in Kansas Bezirke mit Maskenpflicht signifikant höhere Fallsterblichkeitsraten aufwiesen als Bezirke ohne Maskenpflicht, mit einem Risikoverhältnis von 1,85 (95 % Konfidenzintervall [95 % KI]: 1,51–2,10) für Todesfälle im Zusammenhang mit COVID-19.
Auch nach Bereinigung um die Anzahl der „geschützten Personen“, also der Anzahl der nicht infizierten Personen in der Maskenpflicht-Gruppe im Vergleich zur Nicht-Masken-Gruppe, blieb das Risikoverhältnis mit 1,52 signifikant hoch (95 %-KI: 1,24–1,72).
Durch die Analyse der Übersterblichkeit in Kansas stellt diese Studie fest, dass über 95 % dieses Effekts ausschließlich auf COVID-19 zurückzuführen sind.
Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Verwendung von Masken eine noch unbekannte Bedrohung für den Benutzer darstellen könnte, anstatt ihn zu schützen, was Maskenpflichten zu einer umstrittenen epidemiologischen Intervention macht.
Die Ursache dieses Trends wird hier anhand der „Foegen-Effekt“-Theorie erklärt; Das heißt, eine tiefe Reinhalation von hyperkondensierten Tröpfchen oder reinen Virionen, die in Gesichtsmasken eingeschlossen sind, da Tröpfchen die Prognose verschlechtern und mit den langfristigen Auswirkungen einer COVID-19-Infektion in Verbindung gebracht werden können.
Während der „Fögen-Effekt“ in einem Tiermodell in vivo nachgewiesen wurde, sind weitere Untersuchungen erforderlich, um ihn vollständig zu verstehen.

- Leerseite -

Liste maskenkritischer Studien:

Ein besonderer Dank gilt den Hauptquellen:

A) Die Plattformen Ärzteklärenaufklärung, die zu vielen Studien eine kurze deutsche Zusammenfassung mit Deeplink zur Verfügung stellt (Klick auf die Überschrift),

B) Die Plattform SWPRS[1], die ebenfalls deutsche Zusammenfassungen bereit stellt.

1. **Ritter et al. 1975**
   https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1157412/
2. **Ha'eri & Wiley 1980**
   https://europepmc.org/article/med/7379387
3. **Orr 1981**
   https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2493952/pdf/annrcse01509-0009.pdf
4. **Laslett & Sabin 1989**
   https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ccd.1810170306
5. **Tunevall 1991**
   https://link.springer.com/article/10.1007/BF01658736
6. **Figueiredo et al. 2001**
   http://www.advancesinpd.com/adv01/21Figueiredo.htm
7. **Lahme et al. 2001**
   https://europepmc.org/article/med/11760479
8. **Skinner & Sutton 2001**
   https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0310057X0102900402
9. **Butz 2005**
   https://mediatum.ub.tum.de/602557
10. **Dreller et al. 2006**
    https://www.dguv.de/medien/ifa/de/pub/grl/pdf/2006_003.pdf
11. **Beder et al. 2008**
    https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18500410/
12. **Bahli 2009**
    https://www.semanticscholar.org/paper/Does-evidence-based-medicine-support-the-of-in-in-Bahli/751acd427c20c8dc7d1fbc1b45eead104286f481
13. **Sellden 2010**
    https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/113/6/1447/9572/Is-Routine-Use-of-a-Face-Mask-Necessary-in-the
14. **Webster et al. 2010**
    https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1445-2197.2009.05200.x
15. **bin-Reza et al. 2011**
    https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5779801/
16. **Carøe 2014**
    https://europepmc.org/article/med/25294675
17. **Jung et al. 2014**
    https://aaqr.org/articles/aaqr-13-06-oa-0201.pdf

1 https://swprs.org/face-masks-evidence/

18. **Lipp & Edwards 2014**
https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002929.pub2/full
19. **Salassa & Swiontkowski 2014**
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25187588/
20. **Da Zhou et al. 2015**
https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0141076815583167
21. **MacIntyre et al. 2015**
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4420971/
22. **Hardie 2016**
https://web.archive.org/web/20200509230932/https:/www.oralhealthgroup.com/features/face-masks-dont-work-revealing-review/
23. **Smith et al. 2016**
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4868605/
24. **Person et al. 2017**
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29395560/
25. **Radonovich et al. 2019**
https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2749214
26. **WHO (Table 7) 2019**
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329439/WHO-WHE-IHM-GIP-2019.1-eng.pdf#Page=31
27. **Alfelali et al. 2020**
https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0240287
28. **BfArM 2020**
https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/schutzmasken.html;jsessionid=B20604DBD2D3212DBEBF08A76F966AA4.2_cid329
29. **Brainard et al. 2020**
https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.01.20049528v1
30. **Brosseau & Sietsema 2020**
https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/04/commentary-masks-all-covid-19-not-based-sound-data
31. **Bundgaard et al. 2020**
https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-6817
32. **Chandrasekarang & Fernandez 2020**
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306987720317126
33. **Chu et al. 2020**
https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31142-9/fulltext
34. **Desai & Mehrotra 2020**
https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762694
35. **Feng et al. 2020**
https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30134-X/fulltext
36. **Fisher et al. 2020**
https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6936a5-H.pdf
37. **Howard et al. 2020**
https://files.fast.ai/papers/masks_lit_review.pdf
38. **Huber 2020**
https://www.primarydoctor.org/masks-not-effect

39. **Jefferson et al. 2020**
https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.30.20047217v2
40. **Jefferson & Heneghan 2020**
https://www.cebm.net/covid-19/masking-lack-of-evidence-with-politics/
41. **Kappstein 2020**
https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1174-6591
42. **Klompas et al. 2020**
https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2006372
43. **Leffler et al. 2020**
https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.22.20109231v5
44. **Onishi 2020**
https://www.asahi.com/ajw/articles/13523664
45. **Oxford CEBM 2020**
https://www.cebm.net/covid-19/masking-lack-of-evidence-with-politics/
46. **The Royal Society & The British Academy 2020**
https://royalsociety.org/-/media/policy/projects/set-c/set-c-facemasks.pdf
47. **Universität East Anglia 2020**
https://web.archive.org/web/20200510161346/https://www.uea.ac.uk/about/-/new-study-reveals-blueprint-for-getting-out-of-covid-19-lockdown
48. **Wieland 2020**
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753520303210
49. **Xiao et al. 2020**
https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/5/19-0994_article
50. **Baka et al. 2021**
https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-face-masks-community-first-update.pdf
51. **De-la-Torre et al. 2021**
https://doi.org/10.1016/j.cotox.2021.08.002
52. **Guerra & Guerra 2021**
https://escipub.com/irjph-2021-08-1005/
53. **Kisielinski et al. 2021**
https://www.mdpi.com/1078850
54. **Suliivan et al. 2021**
https://doi.org/10.1016/j.watres.2021.117033
55. **Coma et al. 2022**
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4046809
56. **Fögen 2022**
https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2022/02180/The_Foegen_effect__A_mechanism_by_which_facemasks.60.aspx

- Leerseite -



Presse

Rund 554 Millionen Impfdosen bestellt

Gesundheit/Antwort - 19.01.2022 (hib 23/2022)

Berlin: (hib/PK) Deutschland hat 2021 aus den EU-Verträgen zur Beschaffung von Corona-Impfstoff in verschiedenen Tranchen rund 554 Millionen Impfdosen bestellt. Das geht aus der Antwort (20/429) der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage (20/319) der AfD-Fraktion hervor.

Die Bestellmenge lag im Fall Biontech/Pfizer zum 16. Dezember 2021 bei rund 287,3 Millionen Impfdosen. Von Moderna wurden den Angaben zufolge rund 120,3 Millionen Dosen bestellt, von AstraZeneca rund 56,3 Millionen Dosen und von Johnson&Johnson rund 55 Millionen Dosen.

Hinzu kamen kleinere Bestellmengen von Sanofi/GSK, Valneva und Novavax. Die Bundesregierung hat außerdem Anfang Dezember 2021 drei Millionen Biontech-Impfdosen von Polen aufgekauft, die im selben Monat geliefert wurden.

- Leerseite -

die Welt klar Sehen: **Prognosen 2022 bis 2030 - Bill Gates** hat klare Vorstellungen für dieses Jahr und auch danach

Zusammenfassung

1. COVID-19-Pandemie
- endet 2022 und soll die letzte Pandemie sein
  - Gates will dazu in 2022 ein Buch schreiben
- doch nächste Pandemien werden mit mRNA-Impfstoffen bekämpft

2. Kampf gegen die Desinformation
- wegen Impfunwilligkeit.
- Regierungen müssen Soziale Medien regulieren.
- Auswahl der "richtigen" politischen Führungskräfte

3. Neue internationale Verpflichtungen zum Klimaschutz
- Investition in saubere Technologien
- Verringerung der Methanemissionen
- Beendigung der Entwaldung bis 2030
- Gründung einer Koalition die Landwirten bei der Anpassung helfen wird

4. Digitalisierung bis mindestens 2030
- **Büroarbeit**
  - in Hybrid-Version (teilweise Homeoffice, teilweise im Büro)
  - bis 2023/ 2024 virtuelle Meetings mit 3D-Avataren
- **Schule**
  - Präsenzunterricht für Schüler in der Unter- und Mittelstufen
  - Fernunterricht nur in der Oberstufe
  - digitale, individualisierte Lehrpläne
- **Telemedizin**
  - Blutdruck messen
  - Einsicht in Smartwatch-Daten
    - Schlafdaten
    - Herzfrequenz
  - Bluttest vor Ort mit Datenübermittlung an Arzt

5. neue Medikamente in 2022

- Islatravir (H IV-Prävention)
- Bluttest für Alzheimer-Diagnostik

6. Innovationen für preiswertere saubere Technologien
- grüner Wasserstoff als Kraftstoff
  - langfristige Energiespeicherung für
    - große Flugzeuge
    - industrielle Prozess

7. Resistenz der Menschen gegen große Veränderungen
- Menschen
  - passen sich an große Umwälzungen an
  - gewöhnen sich an die neue Normalität

Quelle: https://youtu.be/-SODf3qKsWg

- Leerseite -



PUBLIC-PRIVATE COOPERATION FOR PANDEMIC PREPAREDNESS AND RESPONSE

A CALL TO ACTION

The next severe pandemic will not only cause great illness and loss of life but could also trigger major cascading economic and societal consequences that could contribute greatly to global impact and suffering. Efforts to prevent such consequences or respond to them as they unfold will require unprecedented levels of collaboration between governments, international organizations, and the private sector. There have been important efforts to engage the private sector in epidemic and outbreak preparedness at the national or regional level.[i,ii] However, there are major unmet global vulnerabilities and international system challenges posed by pandemics that will require new robust forms of public-private cooperation to address.

The *Event 201* pandemic exercise, conducted on October 18, 2019, vividly demonstrated a number of these important gaps in pandemic preparedness as well as some of the elements of the solutions between the public and private sectors that will be needed to fill them. The Johns Hopkins Center for Health Security, World Economic Forum, and Bill & Melinda Gates Foundation jointly propose the following:

1. **Governments, international organizations, and businesses should plan now for how essential corporate capabilities will be utilized during a large-scale pandemic.** During a severe pandemic, public sector efforts to control the outbreak are likely to become overwhelmed. But industry assets, if swiftly and appropriately deployed, could help to save lives and reduce economic losses. For instance, companies with operations focused on logistics, social media, or distribution systems will be needed to enable governments' emergency response, risk communications, and medical countermeasure distribution efforts during a pandemic. This includes working together to ensure that strategic commodities are available and accessible for public health response. Contingency planning for a potential operational partnership between government and business will be complex, with many legal and organizational details to be addressed. Governments should work now to identify the most critical areas of need and reach out to industry players with the goal of finalizing agreements in advance of the next large pandemic. The Global Preparedness Monitoring Board would be well positioned to help monitor







and contribute to the efforts that governments, international organizations and businesses should take for pandemic preparedness and response.

2. **Industry, national governments, and international organizations should work together to enhance internationally held stockpiles of medical countermeasures (MCMs) to enable rapid and equitable distribution during a severe pandemic.** The World Health Organization (WHO) currently has an influenza vaccine virtual stockpile, with contracts in place with pharmaceutical companies that have agreed to supply vaccines should WHO request them. As one possible approach, this virtual stockpile model could be expanded to augment WHO's ability to distribute vaccines and therapeutics to countries in the greatest need during a severe pandemic. This should also include any available experimental vaccine stockpiles for any WHO R&D Blueprint pathogens to deploy in a clinical trial during outbreaks in collaboration with CEPI, GAVI, and WHO. Other approaches could involve regional stockpiles or bi- or multinational agreements. During a catastrophic outbreak, countries may be reluctant to part with scarce medical resources. A robust international stockpile could therefore help to ensure that low and middle resource settings receive needed supplies regardless of whether they produce such supplies domestically. Countries with national supplies or domestic manufacturing capabilities should commit to donating some supply/product to this virtual stockpile. Countries should support this effort through the provision of additional funding.

3. **Countries, international organizations, and global transportation companies should work together to maintain travel and trade during severe pandemics.** Travel and trade are essential to the global economy as well as to national and even local economies, and they should be maintained even in the face of a pandemic. Improved decision-making, coordination, and communications between the public and private sectors, relating to risk, travel advisories, import/export restrictions, and border measures will be needed. The fear and uncertainty experienced during past outbreaks, even those limited to a national or regional level, have sometimes led to unjustified border measures, the closure of customer-facing businesses, import bans, and the cancellation of airline flights and international shipping. A particularly fast-moving and lethal pandemic could therefore result in political decisions to slow or stop movement of people and goods, potentially harming economies already vulnerable in the face of an outbreak. Ministries of Health and other government agencies should work together now with international airlines and global shipping companies to develop realistic response scenarios and start a contingency planning process with the goal of mitigating economic damage by maintaining key travel and trade routes during a large-scale pandemic. Supporting continued trade and travel in such an extreme circumstance may require the provision of enhanced disease control measures and personal protective equipment for transportation workers, government subsidies to support critical trade routes, and potentially liability protection in certain cases. International







organizations including WHO, the International Air Transport Association, and the International Civil Aviation Organization should be partners in these preparedness and response efforts.

4. **Governments should provide more resources and support for the development and surge manufacturing of vaccines, therapeutics, and diagnostics that will be needed during a severe pandemic.** In the event of a severe pandemic, countries may need population-level supplies of safe and effective medical countermeasures, including vaccines, therapeutics, and diagnostics. Therefore, the ability to rapidly develop, manufacture, distribute, and dispense large quantities of MCMs will be needed to contain and control a global outbreak. Countries with enough resources should greatly increase this capability. In coordination with WHO, CEPI, GAVI, and other relevant multilateral and domestic mechanisms, investments should be made in new technologies and industrial approaches, that will allow concomitant distributed manufacturing. This will require addressing legal and regulatory barriers among other issues.

5. **Global business should recognize the economic burden of pandemics and fight for stronger preparedness.** In addition to investing more in preparing their own companies and industries, business leaders and their shareholders should actively engage with governments and advocate for increased resources for pandemic preparedness. Globally, there has been a lack of attention and investment in preparing for high-impact pandemics, and business is largely not involved in existing efforts. To a significant extent this is due to a lack of awareness of the business risks posed by a pandemic. Tools should be built that help large private sector companies visualize business risks posed by infectious disease and pathways to mitigate risk through public-private cooperation to strengthen preparedness. A severe pandemic would greatly interfere with workforce health, business operations, and the movement of goods and services.[iii] A catastrophic-level outbreak can also have profound and long-lasting effects on entire industries, the economy, and societies in which business operates. While governments and public health authorities serve as the first line of defense against fast-moving outbreaks, their efforts are chronically under-funded and lack sustained support. Global business leaders should play a far more dynamic role as advocates with a stake in stronger pandemic preparedness.

6. **International organizations should prioritize reducing economic impacts of epidemics and pandemics.** Much of the economic harm resulting from a pandemic is likely to be due to counterproductive behavior of individuals, companies, and countries. For example, actions that lead to disruption of travel and trade or that change consumer behavior can greatly damage economies. In addition to other response activities, an increase in and reassessment of pandemic financial support will certainly be needed in a severe pandemic as many sectors of society may need financial support during or after a severe pandemic, including healthcare institutions, essential businesses, and national governments Furthermore, the ways in which these existing funds can now be used are limited. The International Health Regulations prioritize both







minimizing public health risks and avoiding unnecessary interference with international traffic and trade. But there will also be a need to identify critical nodes of the banking system and global and national economies that are too essential to fail – there are some that are likely to need emergency international financial support as well. The World Bank, the International Monetary Fund, regional development banks, national governments, foundations, and others should explore ways to increase the amount and availability of funds in a pandemic and ensure that they can be flexibly used where needed.

7. **Governments and the private sector should assign a greater priority to developing methods to combat mis- and disinformation prior to the next pandemic response.** Governments will need to partner with traditional and social media companies to research and develop nimble approaches to countering misinformation. This will require developing the ability to flood media with fast, accurate, and consistent information. Public health authorities should work with private employers and trusted community leaders such as faith leaders, to promulgate factual information to employees and citizens. Trusted, influential private-sector employers should create the capacity to readily and reliably augment public messaging, manage rumors and misinformation, and amplify credible information to support emergency public communications. National public health agencies should work in close collaboration with WHO to create the capability to rapidly develop and release consistent health messages. For their part, media companies should commit to ensuring that authoritative messages are prioritized and that false messages are suppressed including though the use of technology.

Accomplishing the above goals will require collaboration among governments, international organizations and global business. If these recommendations are robustly pursued, major progress can be made to diminish the potential impact and consequences of pandemics. We call on leaders in global business, international organizations, and national governments to launch an ambitious effort to work together to build a world better prepared for a severe pandemic.

---

[i] Global Health Security: Epidemics Readiness Accelerator. World Economic Forum. https://www.weforum.org/projects/managing-the-risk-and-impact-of-future-epidemics. Accessed 11/19/19
[ii] Private Sector Roundtable. Global health Security Agenda. https://ghsagenda.org/home/joining-the-ghsa/psrt/. Accessed 11/19/19
[iii] Peter Sands. Outbreak readiness and business impact: protecting lives and livelihoods across the global economy. World Economic Forum 2019. https://www.weforum.org/whitepapers/outbreak-readiness-and-business-impact-protecting-lives-and-livelihoods-across-the-global-economy. Accessed 12/5/19



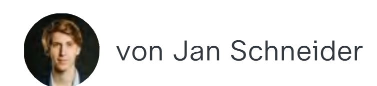




Anlage B203

Gesundheitsbehörde ECDC

EU-Behörde zweifelt am Nutzen von FFP2-Masken



von Jan Schneider

04.02.2021 16:02 Uhr

FFP2-Masken wurden zum Goldstandard der Pandemiebekämpfung erklärt. Die EU-Gesundheitsbehörde ECDC sieht jedoch keinen Mehrwert in der universellen Verwendung im Alltag.



Quelle: Frank Rumpenhorst/dpa

Viel wurde schon über den Nutzen von Masken in der Corona-Krise geschrieben und diskutiert. Am Anfang waren selbstgenähte Mund-Nasen-Bedeckungen der Renner, im zweiten Shutdown kamen medizinische Masken in Mode und mittlerweile ist die FFP2-Maske zum Goldstandard der Pandemiebekämpfung geworden.

Die besonders dichten, aber teureren Masken sollen vor Schadstoffpartikeln wie Staub oder auch Aerosolen schützen. Sie werden inzwischen vielerorts anstelle normaler Alltagsmasken verlangt. Mitte Januar hatten Bundeskanzlerin Angela Merkel und die Ministerpräsidenten vereinbart, in Öffentlichen Verkehrsmitteln und Geschäften FFP2-Masken, OP-Masken oder Mund-Nase-Bedeckungen der Standards KN95/N95 zu fordern.

EU-Gesundheitsbehörde hat Zweifel am Nutzen der Masken

Doch es gibt auch Zweifel am Nutzen der FFP2-Masken: Die EU-Gesundheitsbehörde ECDC steht dem zusätzlichen Nutzen von FFP2-Masken im Alltag skeptisch gegenüber. So teilte die in Stockholm ansässige Behörde auf Anfrage der Nachrichtenagentur dpa mit:

> **Der erwartete Mehrwert der universellen Verwendung von FFP2-Atemschutzmasken in der Gemeinschaft ist sehr gering.**

Darüber hinaus rechtfertigten die möglichen Kosten und Schäden keine Empfehlung dafür, FFP2-Masken anstelle von anderen Masken in der Öffentlichkeit zu tragen. Welche potentiellen Schäden dabei genau gemeint waren, beantwortete die Behörde bisher nicht. Nach eigenen Angaben werde ein Dokument mit Einschätzungen zum Maskengebrauch im sozialen Umfeld zur Verringerung der Coronavirus-Übertragung gerade aktualisiert.

EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides bestätigte in Brüssel die Einschätzung der EU-Behörde:

> **Die ECDC sagt, die Beweislage sei im Moment nicht stark genug für eine Notwendigkeit, dies im Alltag zu empfehlen.**
>
> **Stella Kyriakides**

Welche Schutzwirkung haben FFP2-Masken?

Wie auch Medizinische Gesichtsmasken müssen FFP-Masken klare Anforderungen von Gesetzen und technischen Normen einhalten. Dabei wird insbesondere die Filterleistung des Maskenmaterials mit Aerosolen getestet. FFP2-Masken müssen mindestens **94 Prozent** der Aerosole filtern.

Diese 94 Prozent sind jedoch nur **ein theoretischer Wert** aus dem Labor. Das gelingt aber nur, wenn die Maske an den Seiten dicht anliegt. Ist zum Beispiel ein Bart im Weg, ist die Filterwirkung eingeschränkt.

Fragen zu Mund-Nasen-Schutz

FFP2-Masken: Warum der Vollbart ab muss

Bayern macht FFP2-Masken zur Pflicht. Experten begrüßen das - vorausgesetzt, sie werden auch richtig getragen. Aerosol-Experte Asbach warnt

zudem vor trügerischer Sicherheit.

Und wie wirken die FFP2-Masken im Alltag?

Die tatsächliche Schutzwirkung der FFP2-Masken im Alltag ist schwer nachzuvollziehen. Um sie zu überprüfen, hätte man eine Studie durchführen müssen, bei der ein Teil der Bevölkerung FFP2-Masken trägt und der andere Teil einen herkömmlichen Mund-Nasen-Schutz, meint Prof. Dr. Andreas Podbielski vom Institut für Medizinische Mikrobiologie, Virologie & Hygiene in Rostock. Eine solche Studie sei ihm jedoch nicht bekannt.

> **Die politische Entscheidung, diese Masken zu nutzen, basiert allein auf technischen Messwerten. Und diese Messwerte korrelieren im Bereich der Hygiene häufig nicht mit dem, was im Alltag passiert.**
>
> **Andreas Podbielski**

Welche Kritikpunkte gibt es an den FFP2-Masken?

Da das Gewebe der FFP2-Masken enger ist, haben Sie einen höheren Atemwegswiderstand. Das Atmen fällt dem Träger also schwerer. Außerdem müssen Sie sehr eng am Gesicht anliegen, sind also auch unangenehmer zu tragen. Darunter kann die "Tragedisziplin" leiden. So berichtet die Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) das aus Stoff gefertigte Mund-Nasen-Bedeckungen überwiegend sehr korrekt getragen werden, beim Tragen von medizinischen Masken - chirurgischem Mund-Nasenschutz und FFP-Atemschutzmasken mit und ohne Ventil - gebe es aber häufig Defizite.

Die medizinischen Masken würden häufig **nicht korrekt an die Gesichtskonturen und die Nase anmodelliert**, so dass sowohl der mögliche Schutz des Maskenträgers, als auch der Schutz von Kontaktpersonen reduziert oder auch aufgehoben werden kann.

Anwendungsfehler verringern die Schutzwirkung

Auch andere Anwendungsfehler durch den Träger können die Schutzwirkung einschränken: Einerseits kann es durch Unachtsamkeit zu einem Kontakt der möglicherweise kontaminierten Außenseite mit der Mund- oder Nasenschleimhaut kommen. Außerdem komme es vor, dass sich die Träger von FFP2-Masken ein **falsches**

Gefühl von Sicherheit entwickelten und sich weniger konsequent an die Abstandsgebote halten.

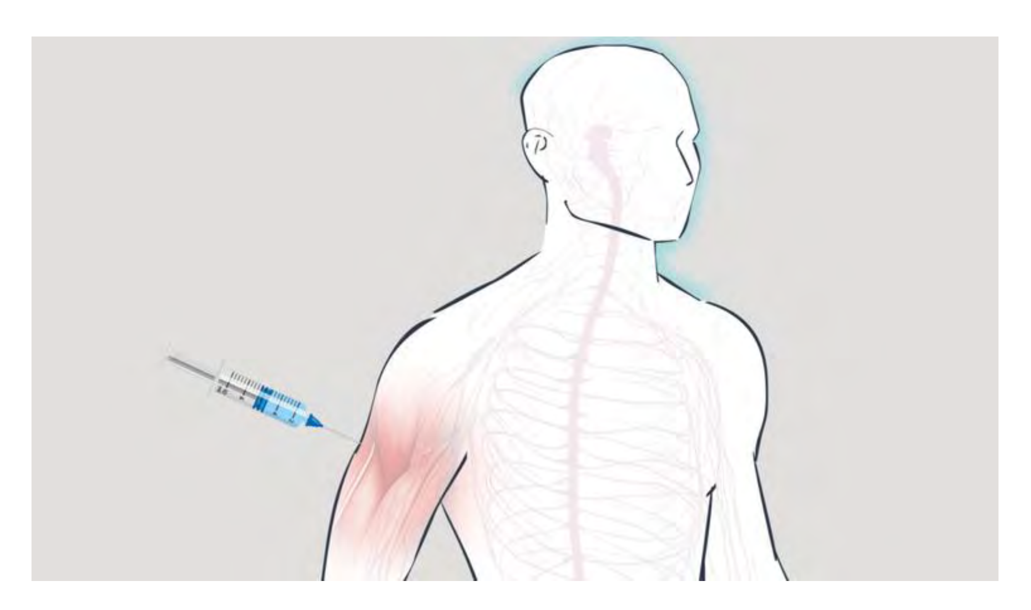
Für Podbielski gehören die FFP-Masken eher in den professionellen Bereich, etwa Krankenhäuser. Im Alltag fände er es besser, die Norm etwas tiefer aber dafür besser einhaltbar für die Normalbürger anzusetzen und dann auf dieser Basis darauf hinzuwirken, dass sie flächendeckend konsequent eingehalten wird.

Und was ist mit den Kosten?

Der Preisunterschied zwischen den unterschiedlichen Masken ist erheblich. In größeren Packungen gibt es OP-Masken zum Stückpreis von 50 Cent und weniger. Dagegen kosten FFP2-Masken nur in den günstigsten Varianten etwas unter einem Euro pro Stück, viele Händler verlangen zwei Euro oder oft auch deutlich mehr für eine einzelne Maske.

Damit der Schutz der Bevölkerung nicht am Geldbeutel scheitert, sollen in Deutschland 34 Millionen Bürger Gutscheine für zwölf FFP2-Masken bekommen, die in der Apotheke eingelöst werden können. Dazu zählen Über-60-Jährige und Menschen mit bestimmten chronischen Erkrankungen. In der Apotheke zahlen die Anspruchsberechtigten pro eingelöstem Coupon (gilt für sechs Masken) einen Eigenanteil von zwei Euro. Eine Maske kostet dort 6 Euro.

Gedruckt werden die fälschungssicheren Gutscheine in der Bundesdruckerei, danach werden Sie an die Krankenkassen geschickt und von dort an die Empfänger versendet. Das logistisch herausfordernde Unterfangen ist auch ein teures für den Bund: die Verteilung der Masken soll rund **2,5 Milliarden Euro** kosten.



Nachrichten | Panorama

Nebenwirkungen bei Corona-Impfstoffen

›

Quelle: Mit Material von dpa und AFP

AG Weimar {https://openjur.de/th/ag_weimar.html}, Urteil vom 11.01.2021 - 6 OWi - 523 Js 202518/20

Fundstelle openJur 2021, 3576

- Rkr:
- AmtlSlg:
- PM:

Tenor

Der Betroffene wird freigesprochen.

Die Kosten des Verfahrens und die notwendigen Auslagen des Betroffenen hat die Staatskasse zu tragen.

Gründe

I.

Am 24.04.2020 hielt sich der Betroffene in den Abendstunden zusammen mit mindestens sieben weiteren Personen im Hinterhof des Hauses X-Straße 1 in W. auf, um den Geburtstag eines der Beteiligten zu feiern. Die insgesamt acht Beteiligten verteilten sich auf sieben verschiedene Haushalte.

Diese Feststellungen beruhen auf den glaubhaften Angaben des Betroffenen in der Hauptverhandlung und dem verlesenen Einsatzbericht der Polizei.

II.

Dieses Verhalten des Betroffenen verstieß gegen § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 der Dritten Thüringer Verordnung über erforderliche Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 (3. ThürSARS-CoV-2-EindmaßnVO) vom 18.04.2020 in der Fassung vom 23.04.2020.

Diese Normen lauteten wie folgt.

§ 2 Abs. 1: Der Aufenthalt im öffentlichen Raum ist nur allein, im Kreise der Angehörigen des eigenen Haushalts und zusätzlich höchstens mit einer weiteren haushaltsfremden Person gestattet.

§ 3 Abs. 1: Veranstaltungen, Versammlungen im Sinne des § 1 {https://dejure.org/gesetze/VersG/1.html} des Versammlungsgesetzes in der Fassung vom 15.

November 1978 (**BGBl. I S. 1789** {https://dejure.org/BGBl/BGBl%20I%201978,%201789}) in der jeweils geltenden Fassung, Demonstrationen, Ansammlungen und sonstige Zusammenkünfte mit mehr als zwei Personen sind verboten mit der Ausnahme, dass es sich um Angehörige des eigenen Haushalts handelt und zusätzlich höchstens eine haushaltsfremde Person hinzukommt. Dies gilt auch für Zusammenkünfte in Kirchengebäuden, Moscheen und Synagogen sowie in Kulträumen anderer Religionsgesellschaften und Weltanschauungsgemeinschaften.

§ 2 Abs. 2 3. ThürSARS-CoV-2-EindmaßnVO regelte Ausnahmen vom Verbot nach § 2 Abs. 1 für die Berichterstattung durch Medienvertreter, die Ausübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten im Freien und die Benutzung des öffentlichen Personennahverkehrs und von Kraftfahrzeugen, § 3 Abs. 2-4 regelten Ausnahmen vom Verbot nach § 3 Abs. 1 für bestimmte Arten von Veranstaltungen, (öffentliche) Versammlungen in geschlossenen Räumen und unter freiem Himmel, Gottesdienste und sonstige religiöse Zusammenkünfte, Trauerfeiern und Eheschließungen. Keine dieser Ausnahmen ist vorliegend einschlägig.

Dieser Verstoß stellt eine Ordnungswidrigkeit gem. § 14 Abs. 3 Nr. 2 und Nr. 3 3. ThürSARS-CoV-2-EindmaßnVO i. V. m. § **73** Abs. 1a Nr. 24 {https://dejure.org/gesetze/IfSG/73.html} i. V. m. § **32** Satz 1 IfSG {https://dejure.org/gesetze/IfSG/32.html} dar.

Der Betroffene war dennoch aus rechtlichen Gründen freizusprechen, weil § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 3. ThürSARS-CoV-2-EindmaßnVO verfassungswidrig und damit nichtig sind.

Das Gericht hatte selbst über die Verfassungsmäßigkeit der Normen zu entscheiden, weil die Vorlagepflicht gem. Art. **100** Abs. 1 GG {https://dejure.org/gesetze/GG/100.html} nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (grundlegend **BVerfGE 1, 184** (195ff) {https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Text=BVerfGE%201,%20184}) nur für förmliche Gesetze des Bundes und der Länder, nicht aber für nur materielle Gesetze wie Rechtsverordnungen gilt. Über deren Vereinbarkeit mit der Verfassung hat jedes Gericht selbst zu entscheiden.

III.

§ 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 3. ThürSARS-CoV-2-EindmaßnVO sind aus formellen Gründen verfassungswidrig, da die tief in die Grundrechte eingreifenden Regelungen von der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage im Infektionsschutzgesetz nicht gedeckt sind.

1. Gemäß Art. **80** Abs. 1 S. 1 GG {https://dejure.org/gesetze/GG/80.html} kann die Exekutive durch ein Gesetz ermächtigt werden, Rechtsverordnungen zu erlassen. Dabei

Soweit eingriffsintensive Maßnahmen, die an sich einer besonderen Regelung bedürften, unter Rückgriff auf Generalklauseln nur im Rahmen "unvorhergesehener Entwicklungen" zulässig sein sollen, ist diese Voraussetzung vorliegend nicht erfüllt. Bereits im Jahr 2013 lag dem Bundestag eine unter Mitarbeit des Robert Koch-Instituts erstellte Risikoanalyse zu einer Pandemie durch einen "Virus Modi-SARS" vor, in der ein Szenario mit 7,5 Millionen (!) Toten in Deutschland in einem Zeitraum von drei Jahren beschrieben und antiepidemische Maßnahmen in einer solchen Pandemie diskutiert wurden (**Bundestagsdrucksache 17/12051** {https://dejure.org/Drucksachen/Bundestag/Bundestagsdrucksache 17/12051}). Der Gesetzgeber hätte daher im Hinblick auf ein solches Ereignis, das zumindest für "bedingt wahrscheinlich" (Eintrittswahrscheinlichkeit Klasse C) gehalten wurde, die Regelungen des Infektionsschutzgesetzes prüfen und ggf. anpassen können.

Hinzu kommt – und dieses Argument ist gewichtiger –, dass am 18.04.2020, dem Tag des Erlasses der 3. ThürSARS-CoV-2-EindmaßnVO, weder in Deutschland im Ganzen betrachtet, noch in Thüringen eine epidemische Lage bestand, angesichts derer es ohne die Ergreifung von einschneidenden Maßnahmen durch die Exekutive unter Rückgriff auf die infektionsschutzrechtliche Generalklausel bzw. die (den Anforderungen der Wesentlichkeitslehre ebenfalls nicht genügenden) Spezialermächtigungen des § **28** Abs. 1 S. 2 IfSG {https://dejure.org/gesetze/IfSG/28.html} zu "nicht mehr vertretbaren Schutzlücken" gekommen wäre. Es gab keine "epidemische Lage von nationaler Tragweite" (§ **5** Abs. 1 IfSG {https://dejure.org/gesetze/IfSG/5.html}), wenngleich dies der Bundestag mit Wirkung ab 28.03.2020 festgestellt hat.

Diese Einschätzung ergibt sich bereits allein aus den veröffentlichten Daten des Robert Koch-Instituts:

- Der Höhepunkt der COVID-19-Neuerkrankungen (Erkrankungsbeginn = Beginn der klinischen Symptome) war bereits am 18.03.2020 erreicht. Dies ergibt sich aus einer Grafik, die seit dem 15.04.2020 täglich in den Situationsberichten des Robert Koch-Instituts veröffentlicht wurde und die den zeitlichen Verlauf der Neuerkrankungen zeigt (z.B. Lagebericht vom 16.04.2020, S. 6, Abb. 6). Bringt man hier noch die laut Robert Koch-Institut durchschnittliche Inkubationszeit von 5 Tagen in Abzug, ergibt sich als Tag des Höhepunktes der Neuinfektionen der 13.03.2020. Zum Zeitpunkt des Beginns des Lockdowns am 22.03.2020 sank damit die Zahl der Neuinfektionen bereits seit 10 Tagen. Einschränkend ist lediglich zu bemerken, dass die Ermittlung des Verlaufs der Neuerkrankungen durch das Robert Koch-Institut insoweit mit einer Unsicherheit behaftet ist, als sie allein auf den gemeldeten Positivtests (und dem dabei entweder mit gemeldeten Erkrankungsbeginn bzw. – soweit nicht bekannt – dem geschätzten Erkrankungsbeginn) beruht und die Zahl der durchgeführten Tests nicht konstant war. Da aber von der 11. Kalenderwoche (09.-15.03.) bis zur 14. Kalenderwoche die wöchentlichen Testzahlen gesteigert wurden – von der 11. auf die 12.

https://rp-online.de/panorama/coronavirus/mehr-als-10000-kinder-verhungern-jeden-monat-krise-durch-corona-verschaerft_aid-52446949 {Q30 - S.737}). Allein in Afrika werden laut Bundesentwicklungsminister Müller zusätzlich 400.000 Opfer durch Malaria und HIV und eine halbe Million Tuberkulose-Tote als Folge des Lockdowns erwartet (Mehr Corona-Opfer durch Lockdown als durch das Virus: In Afrika wurden die Krisen massiv verschärft, Berliner Zeitung vom 01.10.2020, **https://www.berliner-zeitung.de/gesundheit-oekologie/mehr-tote-durch-lockdown-als-durch-corona-in-afrika-hat-die-pandemie-die-krisen-massiv-verschaerft-li.108228** {Q31 - S.739}). Laut einem Artikel von John Ioannidis (Global perspective of COVID-19 epidemiology for a full-cycle pandemic, **https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/eci.13423** {Q32 - S.745}) sollen in den nächsten 5 Jahren sogar 1,4 Millionen zusätzliche Tuberkulose-Tote zu befürchten sein. Langfristig werde die Übersterblichkeit durch die Maßnahmen wahrscheinlich deutlich größer als die Zahl der COVID-19-Toten sein.

Da die Lockdown-Politik in Thüringen ein – wenn auch natürlich sehr kleiner – Teil einer nahezu alle westlichen Industrieländer betreffenden Lockdown-Politik ist, sind diese Schäden, soweit sie nicht aus von den betroffenen Staaten selbst zu verantwortenden politischen Entscheidungen resultieren, sondern indirekte Folge der Lockdowns in den Industrieländern sind, auch anteilig ihr zuzurechnen und deshalb grundsätzlich in die Verhältnismäßigkeitsprüfung mit einzustellen.

d. Nach dem Gesagten kann kein Zweifel daran bestehen, dass allein die Zahl der Todesfälle, die auf die Maßnahmen der Lockdown-Politik zurückzuführen sind, die Zahl der durch den Lockdown verhinderten Todesfälle um ein Vielfaches übersteigt. Schon aus diesem Grund genügen die hier zu beurteilenden Normen nicht dem Verhältnismäßigkeitsgebot. Hinzu kommen die unmittelbaren und mittelbaren Freiheitseinschränkungen, die gigantischen finanziellen Schäden, die immensen gesundheitlichen und die ideellen Schäden. Das Wort "unverhältnismäßig" ist dabei zu farblos, um die Dimensionen des Geschehens auch nur anzudeuten. Bei der von der Landesregierung im Frühjahr (und jetzt erneut) verfolgten Politik des Lockdowns, deren wesentlicher Bestandteil das allgemeine Kontaktverbot war (und ist), handelt es sich um eine katastrophale politische Fehlentscheidung mit dramatischen Konsequenzen für nahezu alle Lebensbereiche der Menschen, für die Gesellschaft, für den Staat und für die Länder des Globalen Südens.

Permalink: **https://openjur.de/u/2316798.html** (**https://oj.is/2316798**)

ICS 03.100.01 Gekürzt nach § 131 (2+3) ZPO Anlage B205

Risikomanagement – Leitlinien (ISO 31000:2018)

Risk management – Guidelines (ISO 31000:2018)

Management du risque – Lignes directrices (ISO 31000:2018)

kostenlos zulässig
nur für den Gebrauch vor Gericht!

Gesamtumfang 24 Seiten

DIN-Normenausschuss Organisationsprozesse (NAOrg)

Nationales Vorwort

Dieses Dokument enthält die deutsche Übersetzung der Internationalen Norm ISO 31000:2018, die unter Beteiligung deutscher Experten vom Technischen Komitee ISO/TC 262 „Risk Management" erarbeitet wurde, dessen Sekretariat von BSI (Vereinigtes Königreich) gehalten wird.

Das zuständige deutsche Normungsgremium ist der Arbeitsausschuss NA 175-00-04 AA „Grundlagen des Risikomanagements" im DIN-Normenausschuss Organisationsprozesse (NAOrg).

Der Veröffentlichung des vorliegenden Dokuments liegt der Beschluss 12/2017 des NA 175-00-04 AA zu Grunde, die Internationale Norm ISO 31000:2018 nach deren Erscheinen als DIN-ISO-Norm in das DIN-Normenwerk übernehmen zu wollen. Die ISO-Vorgängerausgabe von 2009 war seinerzeit seitens DIN als deutschsprachiger Norm-Entwurf E DIN 31000:2011-01 veröffentlicht und nach Ablauf der zweijährigen Laufzeit des Norm-Entwurfs wegen damals vom zuständigen Spiegelgremium im Nationalen Vorwort und in den Nationalen Fußnoten dargelegter, kritisch zu bewertender Aspekte ersatzlos zurückgezogen worden.

Die vorliegende deutsche Übersetzung der ISO 31000:2018 wurde in Zusammenarbeit mit Experten des zuständigen Spiegelgremiums der Schweizerischen Normenvereinigung (SNV) und unter Mitwirkung des zuständigen Vertreters des Austrian Standards Institute (ASI) erarbeitet.

Nach Auffassung des NA 175-00-04 AA sind mit dem Ergebnis der Revision die seinerzeit von deutscher Seite eingebrachten kritisch bewerteten Aspekte erledigt. Die wesentlichen Ergebnisse der Revision der Norm sind:

a) Diese Internationale Norm kann für jegliche Art von Risiko von Organisationen angewendet werden, seien die Auswirkungen positiv oder negativ. Somit kann die Norm auch dort angewendet werden, wo ausschließlich positive oder ausschließlich negative Auswirkungen auftreten.

b) Das Risikomanagement ist auf den internen und externen Kontext ausgerichtet. Dies erfordert eine Anpassung an alle relevanten rechtlichen und regulatorischen Anforderungen sowie an allgemein anerkannte Grundsätze von Sicherheit, Gesundheitsschutz und Umweltschutz.

c) Die Auswahl der am besten geeigneten Risiko-Behandlungsoption beinhaltet grundsätzlich die Abwägung der Kosten und des Implementierungsaufwands gegen die zu erwartenden Vorteile. Wenn allerdings einige Risiken aus rein ökonomischen Gründen keine Risikobehandlung rechtfertigen, sollte dennoch eine Risikobehandlung erfolgen, insbesondere wenn davon Rechtspflichten oder die Sicherheit, der Gesundheitsschutz oder der Umweltschutz betroffen sind. Des Weiteren wird, unabhängig von der Höhe der Kosten, die Betrachtung von Risiken nicht ausgeschlossen, deren Auswirkungen hoch und somit von besonderer Bedeutung sind.

Mit der Revision ist unter Beibehaltung der Gesamtstruktur eine kürzere Norm mit klarerem Wortlaut entstanden, so dass weiterhin generische Empfehlungen zum Risikomangement für Organisationen aller Art und Größenordnung und für jede Risikoart zur Verfügung stehen. Die Norm ist damit zugleich der Maßstab für Managementsystemnormen der ISO, deren Ansatz aufgrund der Vorgaben der ISO auf dem Risikomanagement aufbauen muss, ohne selbst eine Managementsystemnorm zu sein. Da die ISO 31000 Empfehlungen liefert, die an die spezifische Organisation angepasst werden können oder müssen, und keine Anforderungen vorgibt, ist weiterhin kein Raum für eine Zertifizierung nach dieser Norm gegeben.

Während die Abschnitte zum Risikomangement-Rahmenwerk und zum Prozess im Wesentlichen im Wortlaut aktualisiert und noch besser aufeinander abgestimmt wurden, wurden der Anwendungsbereich, die Begriffe sowie der Abschnitt zu den Grundsätzen gründlich überarbeitet und dabei gekürzt. Der Anwendungsbereich wurde auf das Notwendigste beschränkt und enthält damit nicht mehr das in Deutschland

Einleitung

Dieses Dokument richtet sich an Personen, die Werte in Organisationen schaffen und bewahren, indem sie mit Risiken umgehen, Entscheidungen treffen, Ziele festlegen und erreichen sowie Leistung verbessern.

Organisationen jeglicher Art und Größe unterliegen externen und internen Faktoren und Einflüssen, die das Erreichen ihrer Ziele unsicher machen können.

Das Umgehen mit Risiken erfolgt iterativ und unterstützt Organisationen dabei, Strategien festzulegen, Ziele zu erreichen und fundierte Entscheidungen zu treffen.

Das Umgehen mit Risiken ist Teil der Leitung und Führung und entscheidet darüber, wie diese Organisation auf allen Ebenen geführt wird. Es trägt zu der Verbesserung von Managementsystemen bei.

Das Umgehen mit Risiken ist Teil aller Aktivitäten einer Organisation und umfasst die Interaktion mit Stakeholdern.

Das Umgehen mit Risiken berücksichtigt den externen und internen Kontext der Organisation einschließlich menschlichen Verhaltens und kultureller Faktoren.

Das Umgehen mit Risiken basiert auf den Grundsätzen dem Rahmenwerk und dem Prozess, wie sie in diesem Dokument beschrieben und in Bild 1 dargestellt sind. Diese Komponenten bestehen möglicherweise bereits vollständig oder teilweise in der Organisation, müssten aber möglicherweise angepasst oder verbessert werden, damit das Umgehen mit Risiken effizient, wirksam und konsistent erfolgt.



Bild 1 —Grundsätze, Rahmenwerk und Prozess

3.3
Stakeholder
(en: stakeholder)
Person oder Organisation, die eine Entscheidung oder Aktivität beeinflussen kann, von dieser beeinflusst werden kann oder den Eindruck haben kann, davon beeinflusst zu werden

Anmerkung 1 zum Begriff: Der Begriff „interessierter Kreis“ N1) kann alternativ zu „Stakeholder“ verwendet werden.

3.4
Risikoquelle
(en: risk source)
Risikoursache
Element, das alleine oder gemeinsam mit anderen Faktoren potenziell zu *Risiken* (3.1) führt

3.5
Ereignis
(en: event)
Eintritt oder Veränderung einer bestimmten Kombination von Umständen

Anmerkung 1 zum Begriff: Ein Ereignis kann einmal oder mehrmals eintreten und mehrere Ursachen und mehrere *Auswirkungen* (3.6) haben.

Anmerkung 2 zum Begriff: Ein Ereignis kann auch etwas sein, das erwartet wird und nicht eintritt oder etwas, das unerwartet eintritt.

Anmerkung 3 zum Begriff: Ein Ereignis kann eine Risikoquelle sein.

3.6
Auswirkung
(en: consequence)
Ergebnis eines *Ereignisses* (3.5), welches die Ziele betrifft

Anmerkung 1 zum Begriff: Eine Auswirkung kann gewiss oder ungewiss sein und sich direkt oder indirekt bzw. positiv oder negativ auf Ziele auswirken.

Anmerkung 2 zum Begriff: Auswirkungen können qualitativ oder quantitativ beschrieben werden.

Anmerkung 3 zum Begriff: Jede Auswirkung kann durch kaskadierende und kumulative Effekte eskalieren.

3.7
Wahrscheinlichkeit
(en: likelihood)
Möglichkeit, dass etwas geschieht

Anmerkung 1 zum Begriff: In der Terminologie des *Risikomanagements* (3.2) bezeichnet der Begriff „Wahrscheinlichkeit“ die Möglichkeit, dass etwas geschieht, gleichgültig ob diese Möglichkeit objektiv oder subjektiv, qualitativ oder quantitativ definiert, gemessen oder bestimmt und mit allgemeinen Begriffen oder mathematisch (z. B. durch die statistische Wahrscheinlichkeit oder die Häufigkeit in einem bestimmten Zeitraum) beschrieben wird.

Anmerkung 2 zum Begriff: Der englische Begriff „likelihood“ hat in einigen Sprachen keine direkte Entsprechung, wo für „likelihood“ (subjektive Wahrscheinlichkeit) und „probability“ (objektive, mathematische Wahrscheinlichkeit) oft ein und dasselbe Wort verwendet wird. In der englischen Sprache ist der Begriff „probability“ jedoch oftmals sehr eng als mathematischer Begriff definiert. Deshalb wird in der englischen Terminologie des Risikomanagements der Begriff „likelihood“ mit der Absicht verwendet, dass er dieselbe weit gefasste Bedeutung haben sollte wie der Begriff „Wahrscheinlichkeit“ in vielen anderen Sprachen.

N1) Nationale Fußnote: Für den Begriff „interessierter Kreis“ wird als Synomym auch der Begriff „interessierte Partei“ (en: interested party) verwendet.

INTERNATIONAL STANDARD

ISO 22395

First edition
2018-10

Security and resilience — Community resilience — Guidelines for supporting vulnerable persons in an emergency

Sécurité et résilience — Résilience des communautés — Lignes directrices pour soutenir la réponse communautaire aux personnes vulnérables

Reference number
ISO 22395:2018(E)



Introduction

This document gives guidelines for identifying individuals who are the most vulnerable to an emergency and how to include them in the preparation, response and recovery from events, incidents and emergencies. Emergencies have different effects on people; for example, some individuals will become less able to anticipate, cope with, resist or recover from the impacts of an emergency. An individual is not defined as vulnerable by the nature of their vulnerability, but by their personal circumstances at the time of the emergency. A person's vulnerability to an emergency is influenced by many factors and can vary in different environmental, political, cultural and social contexts. It is widely acknowledged that persons who are vulnerable to an emergency require specific kinds of assistance. However, there is less understanding and guidance on how to recognize the individuals who are vulnerable in different emergency situations, and how to support them. This can be because vulnerability changes over time, so persons move in and out of being vulnerable, even to the same event, incident or emergency. Relevant factors include age, economic security, language and health, but also the effects of broader processes such as climate change, international security and national political trends.

In large numbers and in different contexts, vulnerable persons are not always recognized or there are too many and they could overwhelm emergency response teams. Furthermore, other types of support structures exist for vulnerable persons, but these might be fractured in an emergency. It is important to understand and implement best practices for recognizing and including vulnerable persons in all phases of emergency preparedness, response and recovery. In particular, this requires an understanding of what creates vulnerability in order to ensure persons are not overlooked or more negatively impacted through the management of emergencies.

This document emphasizes capacity building and community resilience. It recognizes that vulnerable persons and their representatives are key stakeholders and planning partners. It considers the preparatory measures for involving vulnerable persons in decisions made about providing assistance before, during and after an emergency, the planning required to engage vulnerable persons and their representatives, and the ways in which including vulnerable persons will help to increase understanding about those vulnerabilities and contribute towards their personal well-being during an emergency.

— include that carers might support vulnerable persons and need assistance to do this during an emergency,

— learn from past emergencies and where vulnerable persons were located, and

— recognize the differences between vulnerable persons who live in remote, rural, urban and transient populations.

4.3 Identifying vulnerable persons

The organization should

— analyse how the impacts of an emergency might cause individuals to be vulnerable,

— develop and implement a process to identify the number of vulnerable persons and places where they might be (e.g. schools, hospitals, care homes); this process should acknowledge the changing nature of vulnerabilities and emergencies and be regularly updated, especially when major changes occur in the demographic,

— identify and prioritize vulnerable persons using databases from service providers,

— provide a system that allows vulnerable persons and their carers to voluntarily register before an emergency,

— identify contact points with vulnerable persons before an emergency as part of a communication strategy (see Clause 5),

— assess the number of individuals who might be vulnerable to different emergencies,

— assess the number of vulnerable persons who might benefit from particular types of support,

— assess the number of vulnerable persons who have prepared for an emergency and the types of preparations they have made, and

— recognize that not all vulnerable persons will require assistance.

4.4 Identifying how vulnerable persons can assist others

The organization should

— determine how vulnerable persons can assist other people who are affected by the emergency,

— identify opportunities for vulnerable persons who want to provide assistance to others, and

NOTE For further guidance on planning the involvement of spontaneous volunteers in incident response and recovery, see ISO 22319.

— support vulnerable persons as they provide assistance to ensure their own stresses are recognized.

4.5 Establishing information sharing arrangements

The organization should

— identify the stakeholder relationships (e.g. with the local emergency management organizations) needed to effectively share information for the support of vulnerable persons in an emergency,

— identify how, when and what information can be shared about vulnerable persons with stakeholders within an applicable privacy protection framework, and

— share the information with stakeholders who need to consider vulnerable persons when they conduct their work (e.g. local partners in emergency management).

ICS 03.100.01

Price based on 10 pages

Anlage B301





WIR HABEN FESTGESTELLT...

Alle Virologen, nicht nur die abgebildeten, haben sich selbst und die Öffentlichkeit getäuscht, wenn sie die Existenz von krankmachenden Viren wie z.B. SARS-CoV-2 behaupten. Virologen töten unbeabsichtigt Zellen im Reagenzglas und glauben, dass das ein Beweis für die Anwesenheit und die Isolation eines Virus ist. Nur aus Bruchstücken sterbender Zellen konstruieren Virologen gedanklich eine Gensequenz und geben diese als Tatsache aus. Die Testverfahren bieten daher keinerlei Aussagekraft und Bedeutung. Typische Strukturen sterbender Zellen im Elektronenmikroskop werden als Viren ausgegeben. Solche Strukturen konnten bisher noch nie in einem Menschen nachgewiesen oder erkannt werden!

WE NOTICED...

All virologists, not just those pictured, have deceived themselves and the public when they claim the existence of disease-causing viruses such as SARS-CoV-2.

Virologists inadvertently kill cells in test tubes, believing that this is proof of the presence and isolation of a virus. Only from fragments of dying cells do virologists mentally construct a gene sequence and pass it off as fact. Therefore, the test procedures do not offer any significance or meaning. Typical structures of dying cells in the electron microscope are passed off as viruses. Such structures could never be detected or recognized in a human being so far!

UNSER ZIEL

Diese Fehlentwicklungen haben die Medizin weit von der Realität und dem Verständnis von wahrer Gesundheit entfernt. Wir möchten einen Beitrag leisten, allen Menschen das Verständnis über Krankheit und Gesundheit umfassend näherzubringen.

OUR GOAL

These misguided developments have distanced medicine far from the reality and understanding of true health. We would like to contribute to a comprehensive understanding of disease and health for all people.

WIR GARANTIEREN:

1,5 Million € für einen Virologen, der den wissenschaftlichen Beweis der Existenz eines Corona-Virus vorlegt, inklusive der dokumentierten Kontrollversuche aller getätigten Schritte der Beweisführung.

Top, die Wette gilt!

WE GUARANTEE:

1,5 million € for a virologist who presents scientific proof of the existence of a corona virus, including documented control experiments of all steps taken in the proof.

You're on!

Es gilt zu widerlegen:

1. Virologen deuten das Sterben von Zellen im Labor als viral bedingt. Sie übersehen aufgrund fehlender Kontrollversuche, dass sie die Zellen im Labor selbst und unbeabsichtigt, durch Verhungern und Vergiften töten. Dieser Fehldeutung liegt eine einzige Publikation von John Franklin Enders und einem Kollegen vom 1.6.1954 zugrunde. Über diese Publikation wurde im Masern-Virus-Prozess höchstrichterlich entschieden, dass darin keine Beweise für ein Virus enthalten sind. Diese Publikation wurde zur exklusiven Grundlage nicht nur der Masern-Virologie, sondern der gesamten Virologie seit 1954 und der Corona-Hysterie.

1. Virologists interpret the death of cells in the laboratory as being caused by viruses. Due to a lack of control experiments, they overlook the fact that they kill the cells in the laboratory themselves and unintentionally, by starvation and poisoning. This misinterpretation is based on a single publication by John Franklin Enders and a colleague on 6/1/1954. This publication was ruled by the highest court in the measles virus trial to contain no evidence of a virus. This publication became the exclusive basis not only of measles virology, but of all virology since 1954 and of the Corona hysteria.

2. Virologen setzen gedanklich kürzeste Stückchen an sog. Erbinformationen absterbender Zellen gedanklich/rechnerisch zu einem sehr langen Erbgutstrang zusammen, den sie als den Erbgutstrang eines Virus ausgeben. Dieser gedanklich/rechnerische Vorgang wird als Alignment bezeichnet. Dabei haben sie die Kontrollversuche nicht getätigt, den Versuch, auch aus kurzen Stückchen sog. Erbinformation nicht-infizierter Quellen, den erwünschten Erbgutstrang gedanklich/rechnerisch zu konstruieren.

2. Virologists mentally/computationally assemble the shortest pieces of so-called genetic information of dying cells into a very long genetic strand, which they pass off as the genetic strand of a virus. This mental/computational process is called alignment. In doing so, they have not carried out the control experiments, the attempt to mentally/computationally construct the desired hereditary strand even from short pieces of so-called genetic information from non-infected sources.

3. Virologen benötigen für das Alignment eines Virus immer einen vorgegebenen Erbgutstrang eines Virus. Sie benutzen aber hierzu immer einen auch nur gedanklich/rechnerisch erzeugten Erbgutstrang und niemals einen echten, einen in der Realität gefundenen. Sie tätigen dabei niemals die Kontrollversuche, ob aus dem vorhandenen Datensatz sog. Erbinformationen auch „virale“ Erbsubstanzstränge ganz anderer Viren konstruiert werden könnten oder nicht.

3. Virologists always need a given genetic strand of a virus for the alignment of a virus. However, they always use a hereditary strand that has only been generated mentally/computationally and never a real one that has been found in reality. They never make thereby the control attempts whether from the available data set so-called hereditary information also "viral" hereditary substance strands of completely different viruses could be constructed or not.

4. Virologen haben „Viren“ niemals in Menschen, Tieren, Pflanzen und deren Flüssigkeiten gesehen oder daraus isoliert. Sie haben das nur scheinbar, indirekt und immer nur mittels ganz spezieller und künstlicher Zellsysteme im Labor getan. Sie haben niemals die Kontrollversuche erwähnt oder dokumentiert, ob ihnen die Darstellung und die Isolation von Viren auch in und aus Menschen, Tieren, Pflanzen oder deren Flüssigkeiten gelungen ist.

4. Virologists have never seen or isolated "viruses" in humans, animals, plants and their fluids. They have done this only apparently, indirectly and always only by means of very special and artificial cell systems in the laboratory. They have never mentioned or documented the control attempts whether they have succeeded in the representation and the isolation of viruses also in and from humans, animals, plants or their liquids.

5. Virologen haben diejenigen vermeintlichen Viren, die sie mittels elektronenmikroskopischer Aufnahmen fotografieren, niemals isoliert, biochemisch charakterisiert oder daraus ihre vermeintliche Erbsubstanz gewonnen. Sie haben niemals Kontrollexperimente getätigt oder veröffentlicht, ob nach der Isolation dieser Strukturen auch tatsächlich „virale“ Eiweiße (der Hülle des Virus) und vor allem der virale Erbgutstrang nachgewiesen werden konnte, der ja das zentrale Bestandteil und Charakteristikum eines Virus darstellen soll.

5. Virologists have never isolated those supposed viruses which they photograph by means of electron micrographs, characterized them biochemically or obtained their supposed genetic material from them. They have never performed or published control experiments to determine whether, after isolating these structures, "viral" proteins (the envelope of the virus) and, above all, the viral hereditary strand, which is supposed to be the central component and characteristic of a virus, could actually be detected.

6. Virologen geben typische Artefakte sterbender Gewebe/Zellen und typische Strukturen, die beim Verwirbeln zelleigener Bestandteile wie Eiweiße, Fette und den verwendeten Lösungsmitteln entstehen, als Viren oder als virale Bestandteile aus. Auch hier fehlen die Kontrollversuche mit nicht infizierten, aber ebenso behandelten Zellen/Geweben.

6. Virologists pass off typical artifacts of dying tissues/cells and typical structures formed when cellular components such as proteins, lipids and the solvents used are swirled as viruses or as viral components. Again, control experiments with uninfected but equally treated cells/tissues are lacking.

7. Die sog. Übertragungsversuche, die Virologen tätigen, um die Übertragbarkeit und Krankheitserregung der vermuteten Viren zu beweisen, widerlegen die gesamte Virologie. Es sind ganz offensichtlich die Versuche selbst, die die Symptome auslösen, die im Tierversuch als Beweis für die Existenz und die Wirkung der vermuteten Viren ausgegeben werden. Auch hier fehlen jegliche Kontrollversuche, bei denen exakt das Gleiche gemacht wird, bloß mit nicht-infizierten oder sterilisierten Materialien.

7. The so-called transmission experiments, which virologists carry out to prove the transmissibility and pathogenicity of the presumed viruses, disprove the entire virology. It is quite obviously the experiments themselves that cause the symptoms that are passed off in animal experiments as proof of the existence and effect of the presumed viruses. Again, there is a lack of any control experiments in which exactly the same thing is done, merely with non-infected or sterilized materials.

Anlage B302

Studie aus Wuhan: "Kein Beweis", dass asymptomatische Corona-Fälle infektiös sind

22 Nov. 2020 15:00 Uhr



Eine Analyse der Massentests in der chinesischen Stadt Wuhan ergab, dass asymptomatische Träger des Corona-Virus den Erreger nicht weiterverbreiten. Dies hänge möglicherweise mit der geringen Viruslast der asymptomatischen Träger zusammen.



Quelle: www.globallookpress.com © Sebastian Gollnow/dpa

Eine Studie, die die Ergebnisse eines massiven COVID-19-Tests in China analysierte, die fast alle Einwohner der Stadt Wuhan einschloss, hat keinen Beweis dafür gefunden, dass asymptomatische positive Corona-Fälle die Krankheit weiterverbreiten.



Studie aus Italien: Coronavirus möglicherweise schon im September 2019 im Umlauf

Die Analyse, die in der wissenschaftlichen Zeitschrift *Nature* veröffentlicht wurde, befasste sich mit den Ergebnissen eines Massentests, der zwischen Mai und Juni in Wuhan stattfand, also der Stadt, in der Ende 2019 die ersten Fälle des neuartigen Coronavirus entdeckt wurden. Die Herkunft des Virus ist noch nicht exakt geklärt, da neue Studien darauf hindeuten, dass die Krankheit bereits im September letzten Jahres in Italien ausgebrochen sein könnte.

Nahezu zehn Millionen Menschen wurden in Wuhan getestet, das sind 92 Prozent aller Einwohner im Alter von sechs Jahren oder älter.

Bei diesem Test wurden keine neuen symptomatischen Fälle registriert und nur 300 asymptomatische Fälle festgestellt. Nachfolgende Tests von 1.174 engen Kontakten der gefundenen asymptomatischen Fälle ergaben keine neuen positiven Ergebnisse.

Es gebe "keinen Beweis dafür, dass die identifizierten asymptomatischen positiven Fälle infektiös waren", hieß es in dem Papier. Die Autoren fügten hinzu, dass die Ergebnisse des massiven Tests den Gesundheitsbehörden helfen könnten, "die Präventions- und Kontrollstrategien in der Zeit nach dem Lockdown anzupassen".

Die Analyse scheint vorläufige Ergebnisse zu bestätigen, die während des Tests veröffentlicht wurden. Professor Lu Zuxun von der Huazhong Universität der Wissenschaft und Technologie Wuhan sagte bereits im Juni, dass es derzeit keinen Beweis dafür gebe, dass asymptomatische Menschen das Virus an andere Menschen weitergeben, warnte aber damals davor, allgemeine Schlussfolgerungen zu ziehen.

Die Autoren des Papiers räumten ein, dass frühere Studien Beweise dafür gefunden hätten, dass asymptomatische Personen infektiös seien und später symptomatisch werden könnten. Sie stellten jedoch die Theorie auf, dass die Einwohner von Wuhan, die nach der strikten Abriegelung der Stadt immer noch positiv auf das Virus getestet wurden, eine "geringe Menge an Viruslasten" aufwiesen und deshalb nicht in der Lage seien, die Krankheit auf andere Menschen zu übertragen.

Wuhan wurde für mehr als 70 Tage streng abgeriegelt. Durch die strengen Vorschriften war die Stadt im Wesentlichen vom Rest Chinas abgeschnitten. Nur eine Person aus jedem Haushalt durfte ihre Wohnanlage für maximal zwei Stunden verlassen.



Für ein "schönes Weihnachten": Lockdown wird nach Medienberichten bis zum vierten Advent verlängert

Das Papier kommt inmitten einer wachsenden Debatte über die Wirksamkeit der COVID-19-Beschränkungen. Stadt- und sogar landesweite Abriegelungen und das Tragen von Masken wurden unter anderem mit dem Argument begründet, dass selbst asymptomatische Personen die Krankheit verbreiten und so dazu beitragen könnten, die Gesundheitsdienste zu überlasten.

Kritiker der Maßnahmen haben jedoch argumentiert, dass die sozialen und wirtschaftlichen Kosten von Abriegelungen die Vorteile, welche sie selbst bezweifeln, bei Weitem überwiegen, und haben auf Studien hingewiesen, denen zufolge asymptomatische Menschen nicht ansteckend sind.

Die Autoren der Studie selbst distanzieren sich von solchen Positionen und erklären im Text, dass es zu früh sei, Entwarnung zu geben. Sie sprechen sich dafür aus, dass Maßnahmen wie das Tragen von Masken und die Befolgung des Mindestabstandes in Wuhan weiterhin angewendet werden sollten. Insbesondere gefährdete Teile der Bevölkerung wie jene mit geschwächtem Immunsystem oder Krankheiten, die einen schweren Krankheitsverlauf begünstigen könnten, sollten weiterhin vor Gefahren geschützt werden.

Im Juni revidierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ihre vorherigen Aussagen und erklärte, es würden nicht genügend Beweise vorliegen, um zweifelsfrei belegen zu können, dass asymptomatische Träger des Virus die Erreger verbreiten können.

Anlage B303

AG Weilheim i. OB, Beschluss vom 13.04.2021 - 2 F 192/21



Fundstelle openJur 2021, 15120 Rkr: ☐ AmtlSlg: ☐

Tenor

1 1. Die Schulleitung der ... Schule in S., bestehend aus dem Schulleiter ... und der stellvertretenden Schulleiterin ..., wird angewiesen, es zu unterlassen gegenüber der Betroffenen die Anordnung zu treffen, auf dem Schulgelände eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen.

2 2. Der unter Ziff. 1 genannten Schulleitung wird verboten, aufgrund der unter Ziff. 1 getroffenen Anordnung gegenüber der Betroffenen Maßnahmen zu ergreifen, die diese gegenüber den Mitschülern ungleich behandeln, beispielsweise das Kind aufgrund der obigen Anordnung vom Klassenverband zu isolieren oder vom Unterricht auszuschließen oder seinen Sitzplatz mit besonderen Vorrichtungen zu versehen.

3 3. Die sofortige Wirksamkeit wird angeordnet.

4 4. Kosten werden nicht erhoben, außergerichtliche Kosten werden nicht erstattet.

5 5. Der Verfahrenswert wird auf 2.000,00 € festgesetzt.

Gründe

6 Gegenstand des Verfahrens ist die Anregung der Eltern des betroffenen Kindes, ein Verfahren gem. § 1666 BGB einzuleiten und die Gefährdung des Wohles des Kindes durch die Anordnung zum Tragen eines Mund- und Nasenschutzes während und außerhalb des Unterrichts, sowie zur Wahrung räumlicher Distanz zu anderen Personen durch die ...Schule in S. zu überprüfen.

7 **I. Zuständigkeit des Gerichts:**

8 § 1666 Abs. 4 BGB ermöglicht es, in Angelegenheiten der Personensorge, Maßnahmen mit Wirkung für und gegen einen Dritten zu treffen.

9 Die Eltern sind hierbei nach herrschender Auffassung nicht gezwungen, vorab den Zivilrechtsweg zu beschreiten (Palandt-Götz, § 1666 Rn. 41). Entsprechend sind sie auch nicht gezwungen, zunächst gegen die der Anordnung zugrundeliegende Verordnung den Verwaltungsrechtsweg zu beschreiten und ggf. ein Normenkontrollverfahren anzustreben. Das folgt schon daraus, dass mit dem Verwaltungsverfahren ein anderes Rechtsschutzziel verfolgt wird, als mit der hier angestrebten Anordnung gegenüber der Schulleitung und den Lehrern des Kindes.

10 Der Verwaltungsrechtsweg ist für diese Streitigkeiten nicht eröffnet, da sie als Familiensache durch Bundesgesetz einem anderen Gericht, nämlich dem Familiengericht gem. § 23a Abs. 1 GVG ausdrücklich zugewiesen sind (§ 40 Abs. 1 VwGO).

11 Wie aus § 1837 Abs. 3, 4 BGB zeigt, kann die Anordnung auch gegenüber einer Behörde erfolgen, so dass es für die Zuständigkeitsprüfung nicht darauf ankommt, ob die Schulleitung und die Klassleitung als natürliche Personen oder in ihrer Funktion Adressaten der Anweisung sind. Adressat der Weisung kann zum Beispiel auch eine psychiatrische Klinik (in der Regel eine juristische Person des öffentlichen Rechts) sein (Palandt-Götz § 1666 Rn. 41).

12 **II. Gefährdung des Kindeswohls**

13 Das Gericht hat daher auf die Anregung der Eltern gem. § 24 FamFG von Amts wegen gem. § 26 FamFG zu prüfen, ob eine Gefährdung des Wohls des betroffenen Kindes gegeben ist.

14 Eine Gefährdung des Kindes ist zu bejahen, bei einer gegenwärtigen, in einem solchen Maß vorhandenen Gefahr für das geistige, körperliche oder seelische Wohl des Kindes, dass sich bei weiterer Entwicklung ohne Intervention eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt. (Palandt-Götz, § 1666 Rn. 8).

15 1. Abstrakte Möglichkeit der Gefährdung des Wohls von Kindern durch das Tragen von Masken:

16 Das Gericht hat ein Sachverständigengutachten zu der Frage erholt, welche Schäden physischer, psychischer und pädagogischer Art durch das Tragen von Masken insbesondere bei Kindern entstehen können.

17 Als Sachverständiger bestimmt und mit der Begutachtung beauftragt wurde Prof. Dr. ...(im Folgenden Nr. 1)

18 Zwar ist eine formelle Beweiserhebung im Verfahren der einstweiligen Anordnung nicht vorgesehen und im Regelfall auch zu zeitaufwändig, da die Hinzuziehung von Sachverständigen üblicherweise mit einer im Verfahren der einstweiligen Anordnung nicht zu vertretenden Verzögerung verbunden ist. Vorliegend konnte das Gericht jedoch auf den Sachverständigen ... zurückgreifen, der gerichtsbekannt bereits für das Amtsgericht Weimar unter dem Az. 9 F 147/21 ein entsprechende Gutachten erstellt hat und der dem Gericht eine Vorabfassung seines Gutachtens per mail zukommen ließ. Auch im Verfahren der einstweiligen Anordnung ist die Aufklärung des Sachverhaltes und die Feststellung der für die Entscheidung relevanten Tatsachengrundlagen geboten, soweit dies dem Gericht im Rahmen der summarischen Überprüfung in angemessener Zeit möglich ist. Die Erkenntnisse des Gutachtens werden im übrigen noch für das einzuleitende Hauptsacheverfahren herangezogen werden und ist dort den Beteiligten gem. § 30 FamFG rechtliches Gehör zu diesem Gutachten zu gewähren.

19 Die Einholung des Gutachtens war aus folgenden Gründen sachlich zur Aufklärung des Sachverhaltes geboten:

20 Es gibt Meinungen, die besagen, dass das Tragen von Masken für Kinder grundsätzlich harmlos sei. Würde dies zutreffen, wäre die Prüfung, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, bereits an dieser Stelle beendet. Dem Gericht fehlt zur Beurteilung dieser Frage jedoch die erforderliche Sachkunde. Der Sachverständige (Nr.1)... führt hierzu (Bl. 29 des Gutachtens) aus:

21 *„Ein erstes Argument, das man oft hört, ist der Vergleich mit OP-Ärzten, welche ja auch stundenlang während Operationen Masken tragen, ohne dass sich angeblich Beeinträchtigungen zeigen würden .....*

22 *Ein weiteres (....) Argument stammt vom Sprecher des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), Dr. Jakob Maske. Er hat sich gegenüber der Deutschen Presse-Agentur folgendermaßen geäußert (zitiert nach der Welt [86]):*

23 *"Auch kleine Kinder könnten einen Mundschutz tragen. "Das ist gar kein Problem", erklärt der Experte. Angenommen, ein Kind würde tatsächlich nicht genügend Sauerstoff oder zu viel CO2 einatmen, dann würde es müde werden und sich abgeschlagen fühlen, so der Mediziner. In diesem Fall nähme das Kind die Maske von allein ab".*

24 Tatsächlich kommt das Gericht entgegen dieser Behauptungen aufgrund des eingeholten Sachverständigengutachtens zu dem Schluss dass von den Gesichtsmasken für Kinder eine erhebliche Gefährdung deren geistigen und körperlichen Wohles ausgehen kann:

25 a) mögliche körperliche Beeinträchtigungen durch das Tragen der Maske:

26 Der Sachverständige führt für das Gericht nachvollziehbar und überzeugend folgendes aus (Seite 18 des Gutachtens):

27 *"Einen klaren und eindrücklichen Beleg für die Bandbreite und zahlenmäßige Größenordnung der Nebenwirkungen des Tragens von Masken bei Kindern stellen die Ergebnisse des weltweit ersten Registers dar, in dem – vergleichbar zur Sammlung von Nebenwirkungen von Medikamenten durch das Paul-Ehrlich-Institut – Eltern, Ärzt*innen, Pädagog*innen und andere ihre Beobachtungen zu den Nebenwirkungen des Tragens einer Maske bei Kindern und Jugendlichen eintragen können. Dort werden zum einen mittels einer Checkliste verschiedene mögliche Symptome abgefragt (siehe folgende Tabelle aus dem Artikel), zum anderen können in einem Freitextfeld weitere Symptome angegeben werden.*

28 *Die ersten Ergebnisse wurden kürzlich in der Fachzeitschrift Monatsschrift Kinderheilkunde publiziert [60]. Binnen einer Woche nach Start des Registers hatten bereits 20.353 Personen Eintragungen vorgenommen, allein die Gruppe der Eltern gab Daten zu 25.930 Kindern ein. Im Artikel werden die Ergebnisse aus den Elterneinträgen berichtet. Die angegebene durchschnittliche Tragedauer der Maske lag bei 270 min am Tag. Insgesamt berichten die Eingebenden zu 68 Prozent, dass Kinder über Beeinträchtigungen durch das Maskentragen klagen. Beispielsweise litten 13.811 der Kinder unter Kopfschmerzen, 12.824 unter Konzentrationsschwierigkeiten, 9.460 unter Schläfrigkeit, 7.700 unter Kurzatmigkeit, 6.848 unter Schwindel, 5.365 unter Ohnmachtsanfällen und 4.292 unter Übelkeit."*

29 Zwar merkt der Sachverständige an, dass die Einträge der Eltern nicht alle ärztlich gegenvalidiert werden konnten, dennoch ergäben die Einträge nach den Autoren der Studie ein ausgewogenes Gesamtbild mit plausiblem Symptomspektrum und einer gut nachvollziehbaren Beeinträchtigungen, die bei Kindern im Zusammenhang mit der Maske beobachtet werden können. (Bl. 21 des Gutachtens).

30 Bestätigt würden die beschriebenen Beschwerden auch durch weitere Studien an anderen Personengruppen, die ebenfalls Maske tragen müssen. Studien an Erwachsenen zeigten, dass das Tragen von Masken Effekte auf physiologischer Ebene nach sich ziehen könne.

31 Der Sachverständige führt hierzu aus (Bl. 22/23 des Gutachtens):

32 *"Studien an Erwachsenen zeigen, dass das Tragen von Masken Effekte auf physiologischer Ebene nach sich ziehen kann, insbesondere unter körperlicher Anstrengung. Bereits nach wenigen Minuten findet sich in manchen Studien eine etwas höhere CO2-Konzentration im Blut, ein schnellerer Herzschlag und eine schnellere Atmung [62,63]. Beim stundenlangen Tragen von OP-Masken zeigt sich auch ein Abfall der Sauerstoffsättigung im Blut. Wichtig ist zum einen anzumerken, dass es auch Studien gibt, in welchen solche Effekte nicht beobachtet werden. Zum anderen ist es wichtig anzumerken, dass sich die Werte beim Tragen von Masken bezogen auf die Durchschnittswerte über die untersuchten Probanden hinweg in einer Größenordnung bewegen, welche laut den gängigen Richtlinien keine klinische Relevanz erreicht.*

33 *Allerdings ist zu beachten, dass es bei unerkannten Vorerkrankungen trotzdem zu extremeren Nebenwirkungen wie Panik, Krampfanfällen und Bewusstseinsstörungen kommen kann. Diesbezüglich ist ein wichtiger methodischer Aspekt bei der Interpretation von Studien zu möglichen Nebenwirkungen von Masken anzumerken: Allein aus der Beobachtung, dass es keinen statistisch signifikanten Unterschied in den durchschnittlichen physiologischen Werten zwischen den Bedingungen mit und ohne Maske gibt, kann nicht auf die Nichtexistenz von Nebenwirkungen geschlossen werden. (....).*

34 *In Bezug auf die möglichen physiologischen Schäden des Maskentragens bei Kindern ist ein grundlegendes Problem, dass es bisher zu den Wirkungen bei Kindern kaum Studien gibt. Das ist insbesondere deswegen problematisch, weil die beschriebenen Effekte bei Kindern stärker ausfallen könnten, weil der Sauerstoffverbrauch bei Kindern höher und die Atemreserve geringer ist, bei Kindern der prozentuale Anteil des Totraumvolumens der Maske am Gesamtatemvolumen größer ist und sich der Durchströmungswiderstand der Maske aufgrund der schwächer ausgeprägten Atemmuskulatur stärker auswirken kann.*

35 *(...) Im Zuge einer umfassenden Literaturrecherche (wurde) eine einzige Studie entdeckt, in welcher die physiologischen Konsequenzen des fünfminütigen Tragens von N95-Masken bei 7-14 Jahre alten Kindern untersucht wurde, einmal beim Lesen und einmal bei leichter körperlicher Belastung [69]. Es zeigte sich, dass sich die CO2-Konzentration (end-tidal carcon dioxid und fractional inspired carbon dioxid) beim Tragen der Maske in beiden Fällen um bis zu 34 Prozent (leichte körperliche Bewegung) anstieg, wobei die Werte noch immer keine klinische Relevanz erreichten.*

36 *Das Problem ist allerdings, dass im Zuge der Maskenpflicht im Unterricht Kinder nicht nur fünf Minuten Masken tragen, sondern bis zu zehn Stunden täglich an fünf Tagen pro Woche. Zu solch langen Tragedauern gibt es keinerlei Studien. Das ist insbesondere deswegen als höchst problematisch einzuschätzen, weil es bei der staatlichen Verordnung von verpflichtenden Maßnahmen für Millionen von Kinder aus medizinethischer Perspektive eigentlich unbedingt geboten ist, mögliche Risiken vor der Verordnung der Maßnahme zu prüfen und evidenzbasiert auszuschließen bzw. das Risiko zumindest zu quantifizieren."*

37 Der Sachverständige führt weiter an, dass es durch die Masken zu einem Erkrankungsbild kommen kann, welches als " Maskenmund" bezeichnet wird und welches mit Erkrankungen wie Karies, Mundgeruch und Zahnfleischentzündugen einhergeht. Bei jüngeren Kindern könne es zudem zu einer Verformung der Ohrmuschel kommen. Auf der Maske könnten sich Viren, Bakterien und Pilze ansammeln, welche immer wieder eingeatmet würden und Krankheiten verursachen könnten. Auch durch enthaltene mögliche Giftstoffe in den Masken könnten Gesundheitsgefahren für die Kinder ausgehen.

38 Zur Überzeugung des Gerichts steht daher fest, dass das körperliche Wohl von Kindern durch das länger andauernde Tragen der Maken, wie im Schulunterricht gefährdet werden kann.

39 Es folgt weiter den überzeugenden Argumenten des Sachverständigen, der zu den zu Anfang aufgestellten Hypothesen, dass das Masketragen für die Kinder keine Gefahr darstellen würde erklärt:

40 *"(...) Das Tragen von Masken im Klassenzimmer nicht vergleichbar mit dem Tragen von Masken in Operationssälen. Operationssäle sind mit Hochleistungsbelüftungssystemen ausgestattet, welche einen Überdruck aufrechterhalten und den Sauerstoffgehalt der Raumluft erhöhen. Zudem werden die Masken dort bei Durchfeuchtung sofort gewechselt, was im Klassenzimmer aufgrund der begrenzten Anzahl der Masken pro Kind nicht möglich ist. Weiterhin sind OP-Ärzte im hygienetechnisch sinnvollen Umgang mit der Maske hoch trainiert, so dass Ansteckungen durch die Ansammlung von Keimen auf der Maske über die Hände minimiert werden, was bei Grundschülern aufgrund ihres entwicklungspsychologischen Reifegrads unmöglich ist".*

41 Dazu, dass Kinder wenn sie müde würden und sich abgeschlagen fühlten, die Maske von alleine abnähmen erklärt er:

42 *"Angesichts dessen, dass es hierzu keinerlei empirische Studien dazu gibt, handelt es sich bei dieser Aussage um eine bloße Hypothese. Wenn strikte Regeln von sozialen Instanzen vorgegeben werden und ein sozialer Druck in der Klasse herrscht, ist es aber aus psychologischer Perspektive nicht zu erwarten, dass insbesondere kleinere Kinder sich in einem solchen Fall von sich aus die Maske abnehmen werden."*

43 Das Gericht schließt sich dieser überzeugenden Argumentation an.

44 b) Gefährdung des seelischen Wohls der Kinder

45 Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen ...(Nr.1) ist durch die Verpflichtung zum Tragen eine Mund-Nasen-Bedeckung an Schulen mit weitreichenden psychischen Beeinträchtigungen der Kinder bzw. mit weitreichenden negativen Effekten hinsichtlich deren Entwicklung und Heranreifung zu rechnen.

46 Der Gutachter zitiert eine aktuellen Überblicksarbeit zu den Nebenwirkungen des Maskentragens auf das emotionale Erleben und die soziale Kommunikation des Neurowissenschaftlers Manfred Spitzer, der zu dem Schluss kommt, dass das Masketragen zu Einschränkungen der nonverbalen Kommunikation, einer negativen Verzerrung des emotionalen Erlebens und einer Beeinträchtigung der Empathie führt (Bl. 24 des Gutachtens):

47 *"Einschränkung der nonverbalen Kommunikation*

48 *Durch das Tragen von Masken wird die nonverbale Kommunikation extrem eingeschränkt, was insbesondere für kleinere Kinder einer der wichtigsten Kanäle für das Entstehen einer tragfähigen sozialen Beziehung darstellt. Weiterhin ist der Gesichtsausdruck einer der zentralen Signale, über welchen wir den eigenen emotionalen Zustand kommunizieren und den emotionalen Zustand des Gegenübers erschließen, was einer der fundamentalen Bausteine der Entwicklung einer hohen emotionalen und sozialen Kompetenz darstellt. Gerade Kinder müssen es erst noch lernen, diese Signale in den Gesichtern anderer zuverlässig zu deuten.*

49 *Negative Verzerrung des emotionalen Erlebens*

50 *Hinzu kommt ein weiterer negativer Effekt: Laut Studien wird Angst und Trauer eher aus den Augen abgelesen und Freude eher aus er Mundregion. Weiterhin werden ohne das Signal von der Mundregion emotionale Gesichtsausdrücke fehlgedeutet. Ein eigentlich fröhlicher Gesichtsausdruck wird häufig als ein skeptischer Gesichtsausdruck fehlgedeutet, ein überraschter Gesichtsausdruck wird oft als Ärger oder Trauer fehlgedeutet. Das Tragen von Masken könnte also dazu führen, dass man in den Gesichtern anderer seltener positive und verstärkt negative Emotionen wahrnimmt.*

51 *Beeinträchtigung der Empathie*

52 *Weiterhin wird die Empathie – das Mitfühlen des emotionalen Zustands des anderen – durch das Tragen von Masken beeinträchtigt. Wie Studien zeigen, nimmt man beim miteinander kommunizieren unbewusst den Gesichtsausdruck des Gegenübers ein und fühlt darüber den inneren Zustand des anderen mit, was durch das Tragen einer Maske verhindert wird."*

53 Weitere Gefahren sieht der Sachverständige durch einen negativen Effekt auf die Sprachübertragung, da höhere Frequenzen gedämpft würden und das visuelle Signal von den Lippen vollständig behindert werde, was sich insbesondere beeinträchtigend auf das Erlernen einer neuen Sprache auswirke.

54 Eine weitere, für das Gericht ohne weiteres nachvollziehbare Gefahr, sieht der Sachverständige im Auslösen und Aufrechterhalten von entwicklungspsychologisch unangemessenen Ängsten (Bl. 27 des Gutachtens):

55 *"Bezogen auf die Corona-Maßnahmen an Grundschulen kommt das Problem hinzu, dass mit Maßnahmen wie dem Maskentragen oder dem Abstandhalten den Kindern permanent vermittelt, dass sowohl von anderen eine große Gefahr für sie selbst ausgeht, als auch von ihnen selbst für andere. Damit können Ängste und Schuldgefühle einhergehen, mit welchen ein Kind aufgrund seiner entwicklungsbezogenen Unreife nicht umgehen kann. Ist das der Fall, entwickeln sich Angststörungen, welche das Kind in seiner Entwicklung beeinträchtigen.*

56 *Länger anhaltende Angst wirkt sich auf verschiedenen Ebenen der Psyche problematisch aus. Die Gedanken beginnen beispielsweise um das angstbesetzte Ereignis zu kreisen, so dass das Kind sich nicht mehr auf andere Dinge konzentrieren kann. Auf der Ebene der Motivation wird das vermeidungsbezogene Verhaltenssystem chronisch aktiviert, was dazu führt, dass das Kind nicht mehr Dinge anstrebt, welche es erreichen möchte, sondern die Welt zunehmend durch die Brille möglicher drohender Ereignisse betrachtet, welche es vermeiden möchte. Die Konsequenz ist, dass das Kind in seiner Entwicklung zunehmend stehen bleibt und sich zunehmend zurückzieht. Im Extremfall kann das so weit gehen, dass eine Depression entwickelt wird. Dabei kann es auf der Ebene der Hirnentwicklung zu "biologischen Narben" kommen, was sich in einer lebenslangen erhöhten Vulnerabilität für körperliche und psychosoziale Belastungssituationen niederschlagen kann [80].*

57 *Hinzu kommt noch ein weiterer wichtiger Punkt: Die Ängste, welche durch die Corona-Maßnahmen an Schulen ausgelöst werden können, beziehen sich nicht auf einen Aspekt, welcher für uns Menschen wenig Bedeutung hat. Bei einer Angst vor Schlangen ist es beispielsweise so, dass das nicht notwendigerweise stark beeinträchtigend sein muss, weil Schlangen kein relevanter Teil unseres menschlichen Lebens sind. Die Ängste, welche durch die Corona-Maßnahmen an Schulen ausgelöst werden können, betreffen dagegen einen der zentralsten Aspekte des menschlichen Lebens: den Kontakt mit anderen Menschen. Der Mensch ist genuin ein soziales Wesen, das Bedürfnis nach Nähe und guten sozialen Beziehungen ist ein menschliches Grundbedürfnis, genau wie Essen, Trinken oder Schlafen [81].*

58 *Mit den an Schulen ergriffenen Maßnahmen wie Maskentragen und Abstandhalten werden also soziale Grundbedürfnisse von Kindern verletzt. Kommt hier noch hinzu, dass Kinder eine Angst vor dem Gegenüber entwickeln, besteht die Gefahr, dass psychische Störungen im sozialen Bereich erworben werden und die soziale Gesundheit von Kindern – und damit die psychische Entwicklung insgesamt – nachhaltig beeinträchtigt wird*".

59 2. Gefährdung des Kindeswohls im konkreten Fall

60 Wie die persönliche Anhörung des Kindes am 09.04.2021 ergeben hat, hat sich die für dessen Gesundheit durch das Tragen der Maske bestehende Gefahr bereits realisiert.

61 Das Kind erklärte in der persönlichen Anhörung, dass es, wenn es die Maske über einen längeren Zeitraum tragen müsse unter Kopfschmerzen und Übelkeit leide. Es sei mehrmals dazu gekommen, dass ihm schwarz vor Augen geworden sei. In der Zeit bis Oktober 2020 sei es bis zu viermal in der Woche dazu gekommen, dass die Mutter es wegen dieser Beschwerden von der Schule abholen musste.

62 Seit Oktober habe es ein Maskenattest und sei bis kurz vor Ostern hierdurch von der Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung befreit gewesen.

63 Der Direktor und die Konrektorin hätten aber dann darauf bestanden, dass ein neues Attest ausgestellt werde. Dieses hätte dann die Mutter in einem persönlichen Gespräch dem Rektor auch gezeigt.

64 Er habe es aber nicht anerkennen wollen, weil er dies nicht beurteilen könne.

65 Das Kind äußerte weiter, es gehe sehr gerne in diese Schule und wolle auch sehr gerne weiter dort hingehen. Die Maske sei aber ein Riesenproblem für es. Es könne jetzt nicht wie eine Freundin, die ebenfalls ein Attest gehabt habe, einfach mit Maske gehen.

66 Für das körperliche Wohl des betroffenen Kindes besteht durch die Anordnung der Schulleitung, eine Maske zu tragen, eine in einem solchen Maß vorhandenen Gefahr, dass sich bei weiterer Entwicklung ohne Intervention eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt bzw. ist diese Schädigung bereits eingetreten.

67 Die gesundheitlichen Folgen der Maske, wie Kopfschmerzen und Übelkeit, die sogar so weit gingen, dass dem Kind schwarz vor Augen wurde, sind massive, nicht hinnehmbare körperliche Beeinträchtigungen des Kindes. Diese sind zur Überzeugung des Gerichts auch nicht auf andere Ursachen zurückzuführen, insbesondere nicht, wie vielleicht vermutetet werden könnte, darauf, dass die Eltern des Kindes diesem die Beschwerden eingeredet hätten. Nicht ohne Grund hatte das Kind ein Attest. Zudem hat das Kind in der Anhörung angegeben, dass die Mutter schon davon genervt gewesen sei, wie oft sie es habe abholen müssen.

68 3. Stellungnahme des Verfahrensbeistandes:

69 Der Verfahrensbeistand hat mit Datum vom 12.04.2021 Stellung genommen. Er empfiehlt, das Kind aufgrund des vorgelegten Attestes und der glaubhaft geschilderten Beschwerden, von der Verpflichtung zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung zu befreien.

70 4. Stellungnahme des zu Kultusministeriums:

71 Seitens des Kultusministeriums wurde zum konkreten Fall innerhalb laufender Frist keine Stellungnahme abgegeben. Aus dem e-Mail-Verkehr der Eltern mit der zuständigen Mitarbeiterin des Ministerialbauftragten für die ..Schulen in .... geht folgendes hervor:

72 Wer eine solche Befreiung in Anspruch nehmen wolle, müsse den Befreiungsgrund glaubhaft machen. Geschehe dies durch ein ärztliches Attest, müsse dieses zum einen nachvollziehbare Befundtatsachen sowie eine Diagnose enthalten. Zum anderen müsse es darlegen, welche Nachteile für die Schülerin oder den Schüler in der konkreten Tragesituation zu erwarten seien. Eine bloße Aufzählung von Symptomen ergäbe noch keine tragfähige medizinische Diagnose. Es seien auch Grundrechtspositionen andere Schüler betroffen, nämlich das Recht auf Leben und Gesundheit, für die die Schule eine herausgehobene Verantwortung trage.

73 **III. Verfassungswidrigkeit der 12. Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung**

74 Das Gericht hatte selbst über die Verfassungsmäßigkeit der Normen zu entscheiden, weil die Vorlagepflicht gem. Art. 100 Abs. 1 GG nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (grundlegend BVerfGE 1, 184 (195ff)) nur für förmliche Gesetze des Bundes und der Länder, nicht aber für nur materielle Gesetze wie Rechtsverordnungen gilt. Über deren Vereinbarkeit mit der Verfassung hat jedes Gericht selbst zu entscheiden.

75 Die 12. Bayerische Infektionsschutzmaßnahmenverordnung in der Fassung vom 05.03.2021, gültig bis 18.04.2021 lautet in den entscheidenden Passagen wie folgt:

76 *§ 1*

77 *Abstandsgebot, Mund-Nasen-Bedeckung*

78 *(1) 1Jeder wird angehalten, die physischen Kontakte zu anderen Menschen auf ein absolut nötiges Minimum zu reduzieren und den Personenkreis möglichst konstant zu halten. 2Wo immer möglich, ist ein Mindestabstand zwischen zwei Personen von 1,5 m einzuhalten. 3Wo die Einhaltung des Mindestabstands im öffentlichen Raum nicht möglich ist, soll eine Mund-Nasen-Bedeckung getragen werden. 4In geschlossenen Räumlichkeiten ist stets auf ausreichende Belüftung zu achten.*

79 *(2) 1Soweit in dieser Verordnung die Verpflichtung vorgesehen ist, eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen (Maskenpflicht) oder eine medizinische Gesichtsmaske zu tragen, gilt:*

80 *1.*

81 *Kinder sind bis zum sechsten Geburtstag von der Tragepflicht befreit;*

82 *2.*

83 *Personen, die glaubhaft machen können, dass ihnen das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung aufgrund einer Behinderung oder aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder unzumutbar ist, sind von der Trageverpflichtung befreit; die Glaubhaftmachung erfolgt bei gesundheitlichen Gründen insbesondere durch eine ärztliche Bescheinigung, die die fachlich-medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose), den lateinischen Namen oder die Klassifizierung der Erkrankung nach ICD 10 sowie den Grund, warum sich hieraus eine Befreiung der Tragepflicht ergibt, enthält;*

84 *3.*

85 *das Abnehmen der Mund-Nasen-Bedeckung ist zulässig, solange es zu Identifikationszwecken oder zur Kommunikation mit Menschen mit Hörbehinderung oder aus sonstigen zwingenden Gründen erforderlich ist.*

86 *2Soweit in dieser Verordnung die Verpflichtung vorgesehen ist, eine FFP2-Maske oder eine Maske mit mindestens gleichwertigem genormten Standard zu tragen (FFP2-Maskenpflicht), gilt Satz 1 entsprechend mit der Maßgabe, dass Kinder zwischen dem sechsten und dem 15. Geburtstag nur eine Mund-Nasen-Bedeckung tragen müssen.*

87 *§ 18*

88 *Schulen*

89 *(1) 1Unterricht und sonstige Schulveranstaltungen im Sinne des Bayerischen Gesetzes über das Erziehungs- und Unterrichtswesen (BayEUG) sowie die Mittagsbetreuung an Schulen sind nach Maßgabe der folgenden Sätze zulässig, wenn durch geeignete Maßnahmen sichergestellt ist, dass dem Infektionsschutz Rechnung getragen wird. 2Die Schulen und die Träger der Mittagsbetreuung haben für alle Tätigkeiten auf dem Schulgelände und in der Notbetreuung ein Schutz- und Hygienekonzept auf der Grundlage eines ihnen von den Staatsministerien für Unterricht und Kultus und für Gesundheit und Pflege zur Verfügung gestellten Hygieneplans (Rahmenhygieneplan) auszuarbeiten und auf Verlangen der zuständigen Kreisverwaltungsbehörde vorzulegen. 3 Es gilt:*

90 *1.*

91 *in Landkreisen und kreisfreien Städten, in denen eine 7-Tage-Inzidenz von 100 überschritten wird, findet unter den Voraussetzungen des Abs. 4*

92 *a)*

93 *in der Jahrgangsstufe 4 der Grundschulstufe, der Jahrgangsstufe 11 der Gymnasien und der Fachoberschulen sowie in Abschlussklassen Präsenzunterricht, soweit dabei der Mindestabstand von 1,5 m durchgehend und zuverlässig eingehalten werden kann, oder Wechselunterricht und*

94 *b)*

95 *an allen übrigen Schularten und Jahrgangsstufen Distanzunterricht statt;*

96 *2.*

97 *in Landkreisen und kreisfreien Städten, in denen die 7-Tage-Inzidenz zwischen 50 und 100 liegt, findet Präsenzunterricht, soweit dabei der Mindestabstand von 1,5 m durchgehend und zuverlässig eingehalten werden kann, oder Wechselunterricht statt;*

98 *3.*

99 *in Landkreisen und kreisfreien Städten, in denen eine 7-Tage-Inzidenz von 50 nicht überschritten wird, findet*

100 *a)*

101 *in den Klassen der Grundschulstufe Präsenzunterricht und*

102 *b)*

103 *an allen übrigen Schularten und Jahrgangsstufen Präsenzunterricht, soweit dabei der Mindestabstand von 1,5 m durchgehend und zuverlässig eingehalten werden kann, oder Wechselunterricht statt.*

104 *4Abweichend von § 3 bestimmt die zuständige Kreisverwaltungsbehörde durch amtliche Bekanntmachung jeweils am Freitag jeder Woche die für den betreffenden Landkreis oder die kreisfreie Stadt maßgebliche Inzidenzeinstufung nach dem jeweils aktuellen Stand der Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts. 5Die für den Inzidenzbereich maßgebliche Regelung gilt dann für den betreffenden Landkreis oder die kreisfreie Stadt jeweils für die Dauer der darauffolgenden Kalenderwoche von Montag bis zum Ablauf des folgenden Sonntags. 6Regelungen zur Notbetreuung werden vom zuständigen Staatsministerium erlassen.*

105 *(2) 1Auf dem Schulgelände, in der Mittagsbetreuung und in allen Angeboten der Notbetreuung besteht Maskenpflicht, für die Lehrkräfte gilt darüber hinaus die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske im Rahmen der arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen. 2Unbeschadet des § 1 sind von der Maskenpflicht ausgenommen:*

106 *1.*

107 *Schülerinnen und Schüler nach Genehmigung des aufsichtführenden Personals aus zwingenden pädagogisch-didaktischen oder schulorganisatorischen Gründen,*

108 *2.*

109 *Schulverwaltungspersonal nach Erreichen des jeweiligen Arbeitsplatzes, sofern nicht weitere Personen anwesend sind,*

110 *3.*

111 *Schülerinnen und Schüler während einer effizienten Stoßlüftung des Klassen- oder Aufenthaltsraums sowie kurzzeitig im Außenbereich unter freiem Himmel, solange dabei verlässlich ein ausreichender Mindestabstand eingehalten wird.*

112 *3Die jeweiligen Erziehungsberechtigten müssen dafür sorgen, dass die Schülerinnen und Schüler der Maskenpflicht nachkommen.*

113 *(3) Die Abs. 1 bis 2 gelten auch für den Lehr- und Studienbetrieb am Staatsinstitut für die Ausbildung von Fachlehrern und am Staatsinstitut für die Ausbildung von Förderlehrern.*

114 *(4) 1Am Präsenzunterricht und an Präsenzphasen des Wechselunterrichts nach Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 dürfen nur Schülerinnen und Schüler teilnehmen, die zu Beginn des Schultages über ein schriftliches oder elektronisches negatives Ergebnis eines PCR- oder POC-Antigentests in Bezug auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 verfügen und auf Anforderung der Lehrkraft vorweisen oder in der Schule unter Aufsicht einen Selbsttest mit negativem Ergebnis vorgenommen haben. 2Die dem Testergebnis zu Grunde liegende Testung oder der in der Schule vorgenommene Selbsttest dürfen höchstens 48 Stunden vor dem Beginn des jeweiligen Schultags vorgenommen worden sein. 3Soweit Tests in der Schule vorgenommen werden, verarbeitet die Schule das Testergebnis ausschließlich für den schulischen Zweck der Aufrechterhaltung des Präsenzunterrichts; eine Übermittlung an Dritte findet nicht statt. 4Das Testergebnis wird höchstens 14 Tage aufbewahrt.*

115 Art 2 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland lautet:

116 (1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

117 (2) 1Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. 2Die Freiheit der Person ist unverletzlich. 3In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

118 Art. 6 lautet:

119 (1) Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung.

120 (2) 1Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. 2Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.

121 (3) Gegen den Willen der Erziehungsberechtigten dürfen Kinder nur auf Grund eines Gesetzes von der Familie getrennt werden, wenn die Erziehungsberechtigten versagen oder wenn die Kinder aus anderen Gründen zu verwahrlosen drohen.

122 (4) Jede Mutter hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft.

123 (5) Den unehelichen Kindern sind durch die Gesetzgebung die gleichen Bedingungen für ihre leibliche und seelische Entwicklung und ihre Stellung in der Gesellschaft zu schaffen wie den ehelichen Kindern.

124 Art. 6 soll um folgende Passage ergänzt werden:

125 Die verfassungsmäßigen Rechte der Kinder einschließlich ihres Rechts auf Entwicklung zu eigenverantwortlichen Persönlichkeiten sind zu achten und zu schützen. Das Wohl des Kindes ist angemessen zu berücksichtigen. Der verfassungsrechtliche Anspruch von Kindern auf rechtliches Gehör ist zu wahren. Die Erstverantwortung der Eltern bleibt unberührt.

126 § 18 Abs. 2 der Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung ist jedenfalls materiell verfassungswidrig, weil er in unverhältnismäßiger Weise in das Recht der Kinder auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und in ihr Recht auf körperliche Unversehrtheit eingreift, ohne ihr Wohl angemessen zu berücksichtigen und ohne ihr Recht auf Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen Persönlichkeit zu achten und zu schützen.

127 Die genannte Verordnung beruht auf §§ 28, 28a IfSG. Der Gesetzgeber hat § 28 Abs. 1 Satz 1 IfSG als Generalklausel ausgestaltet. Darüber hinaus hat er nunmehr in § 28a Abs. 1 IfSG - im Rahmen dessen Anwendungsbereichs während einer aktuellen Pandemielage - bestimmte Standardschutzmaßnahmen benannt, unter anderem in Ziff. 2 die Verpflichtung zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung.

128 Im Rahmen der summarischen Prüfung im Verfahren der einstweiligen Anordnung kann und muss offen bleiben, ob § 32 Satz 1 i.V.m. § 28 Abs. 1 Satz 1 IfSG dem Bestimmtheitsgebot aus Art. 80 Abs. 1 Satz 2 GG genügt, bejaht hat dies der Bayerische Verwaltungsgerichtshof, Beschluss vom 30. März 2020 – 20 NE 20.632 –, Rn. 45, juris.

129 Nach Auffassung des Gerichts zweifelhaft ist jedoch, ob die Tatbestandsvoraussetzung des § 28 Abs. 1 Satz 1 IfSG n.F. – d.h. die Feststellung von Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen oder Ausscheidern – gegeben ist. Nach Auffassung des Bayersichen Verwaltungsgerichtshofes ist dies derzeit im ganzen Bundesgebiet und damit auch im Freistaat Bayern nach der Einschätzung des vom Gesetzgeber durch § 4 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Nr. 1 IfSG hierzu vorrangig berufenen Robert-Koch-Instituts vom 26. März 2020 (vgl. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikobewertung.html) der Fall. (Bay VGH a.a. O).

130 Das deutsche Robert Koch-Institut ist laut Wikipedia eine selbständige Bundesoberbehörde im Sinne des Art. 87 Abs. 3 Satz 1 GG (§ 2 BGA-Nachfolgegesetz) und ist damit gegenüber der Bundesregierung bzw. dem Bundesgesundheitsminister weisungsgebunden. Es ist die Nachfolgeorganisation des 1994 aufgrund von Infektionen durch HIV-kontaminierte Blutprodukte sowie nicht erfolgter Warnung vor kontaminierten Holzschutzmitteln aufgelösten Bundesgesundheitsamtes. Im folgenden wird es als RKI bezeichnet. Da das Institut nicht unabhängig ist, können die Gerichte im Rahmen der gebotenen Sachverhaltsaufklärung nicht allein auf dessen Einschätzung zurückgreifen.

131 Nach offiziellen Verlautbarungen der WHO ist der PCR-Test, auf dem die Inzidenzzahlen im wesentlichen beruhen, kein geeignetes Mittel, um eine Krankheit oder einen Ansteckungsverdacht festzustellen:

132 Die WHO schreibt hierzu in einer Notice for IVD-Users:

133 *WHO reminds IVD users that disease prevalence alters the predictive value of test results; as disease prevalence decreases, the risk of false positive increases (2). This means that the probability that a person who has a positive result (SARS-CoV-2 detected) is truly infected with SARS-CoV-2 decreases as prevalence decreases, irrespective of the claimed specificity.*

134 *Most PCR assays are indicated as an aid for diagnosis, therefore, health care providers must consider any result in combination with timing of sampling, specimen type, assay specifics, clinical observations, patient history, confirmed status of any contacts, and epidemiological information. (https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05).*

135 Das heißt, dass die Zahl der falsch positiven Testresultate umgekehrt proportional zu den Symptomen der getesteten Personen ansteigt. Je weniger klinische Symptome die Personen aufweisen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Tests ein falschpositives Ergebnis liefern.

136 Das Gericht maßt sich hier nicht mehr Sachkunde an, als ihm zusteht, sondern hat versucht, sich die erforderliche Sachkunde mittels der zur Verfügung stehenden Quellen zu verschaffen, was grundsätzlich auch Aufgabe des Verordnungsgebers wäre. Letzendlich kann dies aber dahinstehen, da auch wenn man den Anwendungsbereich der Verordnung für eröffnet hält, § 14 Abs. 2 der Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung jedenfalls der Verhältnismäßigkeitsprüfung nicht standhält.

137 Wenn man den Anwendungsbereich der Vorschrift für eröffnet und den Verordnungsgeber zum Handeln aufgrund des IfSG ermächtigt bzw. sogar verpflichtet sieht, hat dieser ein Ermessen hinsichtlich der Auswahl der anzuwendenden Schutzmaßnahmen.

138 Das Ermessen wird dadurch beschränkt, dass es sich um "notwendige" Schutzmaßnahmen handeln muss, nämlich Maßnahmen, "soweit" sie zur Verhinderung der (Weiter-)Verbreitung der Krankheit "erforderlich" sind. Weiterhin betont das Gesetz den zeitlichen Aspekt: Maßnahmen dürfen nur getroffen werden, "solange" sie erforderlich sind. Insgesamt sind dem Ermessen damit durch den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz Grenzen gesetzt (vgl. BVerwG, Urteil vom 22. März 2012 - 3 C 16.11 - juris Rn. 24 unter Bezugnahme auf die Gesetzgebungsmaterialien: Bundestag-Drs. 8/2468, S. 27). (Thüringer Oberverwaltungsgericht, Beschluss vom 02. Februar 2021 – 3 EN 21/21 –, Rn. 31 - 32, juris).

139 Die Verwaltungsgerichte gehen in ständiger Rechtsprechung davon aus, dass dem Verordnungsgeber hinsichtlich der zu wählenden/gewählten Mittel ein Einschätzungsspielraum einzuräumen ist, soweit sich nicht andere Maßnahmen als gleich geeignet und weniger belastend darstellen (Bayerischer Verwaltungsgerichtshof, Beschluss vom 30. März 2020 – 20 NE 20.632 –, juris, Thüringer Oberverwaltungsgericht, Beschluss vom 02. Februar 2021 – 3 EN 21/21 –, juris).

140 Diese Einschätzungsprärogative geht jedoch nicht so weit, dass sie den Verordnungsgeber ermächtigt, im Bezug auf das angestrebte Ziel ungeeignete Maßnahmen zu ergreifen.

141 1. Fehlende Geeignetheit der Masken zur Reduzierung des Ansteckungsrisikos

142 Die Anordnung der Maskenpflicht auf dem Schulgelände, in der Mittagsbetreuung und in allen Angeboten der Notbetreuung gem. § 18 Abs. 2 der Verordnung ist bereits kein geeignetes Mittel zur Erreichung des verfolgten Zwecks.

143 Das Gericht hat ein Sachverständigengutachten zu folgenden Beweisfragen erholt:

144 - Kann das Tragen von Gesichtsmasken unterschiedlicher Art das Infektionsrisiko mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (nennenswert) senken? Dabei soll zwischen Kindern im Besonderen und Erwachsenen im Allgemeinen und zwischen asymptomatischen, präsymptomatischen und symptomatischen Menschen unterschieden werden.

145 - Besteht überhaupt ein Infektionsrisiko, das durch das Tragen von Gesichtsmasken (oder andere Maßnahmen) abgesenkt werden könnte.

146 Als Sachverständige bestimmt und mit der Begutachtung beauftragt wurde .. Prof. Dr. med.... (im Folgenden Nr. 2).

147 Weiter hat es den bereits o.g. Prof.... (Nr. 1) zu folgenden Beweisfragen beauftragt:

148 - Bieten Kinder möglicherweise sogar eine "Schutzfunktion" vor der Verbreitung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in dem Sinne, dass sie die Verbreitung des Virus eher abbremsen und vor schweren Covid-19-Erkrankungen eher schützen?

149 - Welches methodische Niveau und ggfls. welche methodischen Mängel weisen existierende Studien zum Infektionsgeschehen an Schulen und zu der Wirksamkeit von Maßnahmen wie Maskentragen und Abstandhalten an Schulen auf?

150 Wie bereits ausgeführt, handelt es sich um Fragen, die das Gericht nicht aus eigener Sachkunde beantworten kann, die aber für die zu treffende Entscheidung von Relevanz sind. Das Gericht ist daher im Rahmen der gebotenen Sachaufklärung verpflichtet, sich soweit möglich die notwendige Sachkunde zu verschaffen. Dies stellt nicht, wie der BayVGH in Bezug auf ein gar nicht in seinen Zuständigkeitsbereich fallendes Bußgeldurteil meinte, eine Anmaßung (siehe entsprechende Pressemitteilung der Pressestelle des BayVGH zum Urteil des AG Weimar vom 11.01.2021) dar, sondern die sich aus § 26 FamFG ergebende Pflicht.

151 Die Sachverständige ... (Nr. 2), an deren Eignung und Qualifikation das Gericht keinen Zweifel hat, kommt als Fazit ihres 69 Seiten umfassenden Gutachtens zu folgendem Schluss:

152 Es gibt keine Belege dafür, dass Gesichtsmasken unterschiedlicher Art das Infektionsrisiko durch SARS-CoV-2 überhaupt oder sogar nennenswert senken können. Diese Aussage trifft auf Menschen aller Altersgruppen zu, also auch auf Kinder und Jugendliche sowie auf asymptomatische, präsymptomatische und symptomatische Personen.

153 Im Gegenteil besteht eher die Möglichkeit, dass durch die beim Tragen von Masken noch häufigeren Hand-Gesichtskontakte das Risiko erhöht wird, selbst mit dem Erreger in Kontakt zu kommen oder Mit-Menschen damit in Kontakt zu bringen.

154 Für die normale Bevölkerung besteht weder im öffentlichen noch im privaten Bereich ein Infektionsrisiko, das durch das Tragen von Gesichtsmasken (oder anderen Maßnahmen) gesenkt werden könnte.

155 a) Kein wissenschaftlicher Beleg für die Wirksamkeit der Masken gegen die Ausbreitung des Virus SarsCov2

156 Zur Beantwortung der Beweisfragen hat die Sachverständige sich mit der Fachliteratur auseinandergesetzt, die für die Effektivität von Masken in der Öffentlichkeit angeführt wird und welche veröffentlichten Untersuchungen es gibt, die gegen diese Effektivität sprechen. (Abschnitt A des Gutachtens).

157 Sie untersucht zunächst die Neubewertung des Robert-Koch-Instituts im Hinblick auf den nach dessen Einschätzung gegebenen Fremdschutz der Masken (Bl. 3 ff. des Gutachtens).

158 Das RKI empfiehlt nach dieser Neubewertung Masken in der Öffentlichkeit (... als einen weiteren Baustein, um Risikogruppen zu schützen.., damit der Träger der Maske, der vielleicht bereits unbemerkt infiziert ist und den Erreger schon im respiratorischen Sekret ausscheidet, seine respiratorischen Tröpfchen nicht ungehindert, z.B. beim Sprechen, freisetzen kann. Die Tröpfchen sollen durch die Maske zu einem wesentlichen Teil zurückgehalten werden, um so den Kontakt anderer Menschen mit dem Erreger zu verhindern.

159 Die Sachverständige führt für das Gericht nachvollziehbar und überzeugend aus, dass eine wissenschaftlich belegte Grundlage für die Neubewertung des RKI fehlt, weil die unbemerkte Übertragung gerade nicht durch wissenschaftliche Daten belegt ist (Seite 9 ff des Gutachtens):

160 *"Ende November 2020 wurde eine Untersuchung aus China publiziert, die über das Ergebnis eines PCR-Screening-Programms in ganz Wuhan zwischen 14. Mai und 1. Juni 2020 berichtet. Dabei wurden fast 10 Millionen (!) Menschen untersucht. Neue symptomatische Fälle wurden nicht gefunden, aber 300 asymptomatische Personen. Unter den engen Kontaktpersonen dieser asymptomatischen Personen (N = 1.174) fand sich kein positiver Fall. Es gab also keinen Hinweis auf asymptomatische Übertragungen, obwohl jeweils nur enge Kontaktpersonen untersucht wurden.*

161 *Ein systematischer Review mit Metaanalyse über Corona-Übertragungen in Haushalten erschien im Dezember 2020 und ergab erwartungsgemäß eine höhere Übertragungsrate ausgehend von symptomatischen Index-Fällen (18,0%) als ausgehend von asymptomatischen Fällen, bei denen die Übertragungsrate sogar nur 0,7% betrug [22]. Dieses Ergebnis ist deshalb von besonderem Interesse, weil (allerdings aus unterschiedlichen Gründen) Einigkeit darüber herrscht, dass das Risiko für respiratorische Erregerübertragungen in Innenräumen besonders hoch und außerhalb von Gebäuden, d.h. an der ‚frischen' Luft, zu vernachlässigen ist, aber dennoch war die asymptomatische Übertragungsrate in Haushalten äußerst gering, obwohl man dabei auf relativ engem Raum mit zahlreichen direkten (auch via Haut- und Schleimhaut) und indirekten Kontakten zusammenlebt und somit einem Erregerkontakt an sich kaum entgehen kann, wenn ein Mitglied des Haushalts infiziert ist. Wenn also die Erregerübertragung ausgehend von asymptomatischen Personen eine Rolle spielen sollte, müsste sich das gerade bei engen, d.h. nahen Haut- und Schleimhaut-Kontakten in Haushalten (= Innenräume) zeigen. Wie gering dann aber erst das Risiko sein muss, dass eine Erregerübertragung ausgehend von asymptomatischen Personen bei den flüchtigen Kontakten im öffentlichen Raum stattfindet, ist nie untersucht worden."*

162 Demgegenüber beruht nach den Ausführungen der Sachverständigen eine weitere Studie aus Januar 2021, deren Autoren zu der Annahme kommen, dass mindestens 50% aller neuen SARS-CoV-2 Infektionen auf Kontakten mit asymptomatischen Personen auf mathematischen Modellierungen und Schätzungen und nicht auf realen Kontaktauswertungen

163 Eine Auswertung von Studien aus dem realen Leben habe demgegenüber gezeigt, dass ausgehend von asymptomatischen Personen deutlich weniger sekundäre Fälle entsünden als von symptomatischen bzw. präsymptomatischen, die aber auch selten mit sekundären Fällen assoziiert gewesen seien. Die meisten Übertragungen hätten sich darauf zurückführen lassen, dass die sekundär betroffenen Fälle mit den Index-Fällen zusammenlebten oder dass die Erregerübertragungen auf Gruppen-Aktivitäten, wie gemeinsame Mahlzeiten oder Brettspiele, zurückgegangen seine, allesamt also wieder Situationen mit direkten Kontakten, mit indirekten Kontakten oder mit Tröpfchenkontakt.

164 Zusammenfassend kommt die Sachverständige für das Gericht nachvollziehbar und überzeugend zu folgendem Schluss (Seite 11).

165 *Das RKI gab als Grund für die ‚Neubewertung' von Masken für die Bevölkerung im öffentlichen Raum an [1], dass es ‚zunehmende Evidenz' gebe, dass man schon vor dem Erscheinen der ersten Symptome infektiös sein könne, also zu einem Zeitpunkt, wo noch keine Hinweise dafür vorliegen, dass man infiziert ist. Das ist jedoch schon lange von anderen Virusinfektionen bekannt und bedeutet in keinem Fall, dass der Erreger dann auch tatsächlich übertragen wird, sondern nur, dass eine Übertragung abhängig von zahlreichen anderen Faktoren möglich ist. Das RKI stützte sich als Beleg dafür, dass es sich dabei um ein hohes Risiko sog. unbemerkter Übertragungen handelt, auf mathematische Schätzungen, die mit ihren Modellen einen sehr hohen Anteil solcher Übertragungen errechnet haben. Das RKI hat aber Ergebnisse aus zuvor (also vor Erscheinen des RKI-Beitrags) publizierten Kontakt-Tracing-Untersuchungen, aus denen realistischere Angaben ermittelt wurden, weggelassen. Das ist mit den Grundsätzen wissenschaftlichen Arbeitens nicht vereinbar, und damit berücksichtigt das RKI nicht den für alle Behörden etc. in § 1 (2) IfSG formulierten Auftrag, ‚entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen und epidemiologischen Wissenschaft ...' zu arbeiten.*

166 Das Gericht schließt sich den überzeugenden Ausführungen der Sachverständigen an. Damit liefert jedenfalls die Neubewertung des RKI keine überzeugende Grundlage für die Beurteilung der Masken als geeignetes Mittel zur Erreichung des mit der Verordnung angestrebten Zwecks.

167 Die Sachverständige untersucht im folgenden (Bl. 11 ff.) die Bedeutung experimenteller Maskenstudien. Ihr Fazit hierbei ist dass wenn festgestellt werden könne, dass Masken ‚wirken', weil das Material prinzipiell Tröpfchen und Partikel zurückhalten kann, sei das keine Grundlage dafür, eine konkrete Wirksamkeit dahingehend zu belegen, dass die Übertragung des neuen Coronavirus dadurch verhindert oder mindestens reduziert und der ‚Infektionsdruck und damit die Ausbreitungsgeschwindigkeit von COVID-19 in der Bevölkerung' reduziert werden können. Dies folgert sie daraus, dass im öffentlichen Raum die Mindestzeitt, damit ein Erregerkontakt überhaupt stattfinden kann, in der Regel nicht gegeben ist und zudem auch die Masken von der Bevölkerung nicht korrekt getragen werden. Bei einer vom RKI zitierten Studie (Hongkong-Studie) die zur Wirksamkeit von Masken angeführt werde, habe das RKI nicht berücksichtigt, dass eine derartige Wirkung (Reduktion der Ausscheidung von Atemwegsviren) nur erzielt werden könne, wenn Masken korrekt angelegt seien, worauf von den Studienleitern bei jedem einzelnen Probanden geachtet worden sei.

168 Niemand aber stehe zur Verfügung, um den (darin völlig ungeübten) Menschen in der Öffentlichkeit zu zeigen, wie Masken korrekt getragen werden (müssen), damit sie prinzipiell wirksam sein könnten.

169 Als Fazit aus der Hongkong-Studie führt sie aus (Bl. 14/15):

170 *Obwohl genau dafür als Beleg im Beitrag des RKI zitiert, liefert die Studie keinen Hinweis darauf, dass das generelle Tragen von Masken (ob professionelle OP-Masken oder sog. Community-Masken) im öffentlichen Raum (z.B. Geschäfte, ÖPNV, Schulen, Büros) das Risiko einer Infektion für die Personen reduzieren kann, denen man währenddessen begegnet – dies allerdings mit Kontaktzeiten, die im Vergleich zu der Messdauer in der Studie von 30 min in aller Regel deutlich kürzer sind. Die Studienergebnissen zeigen hingegen, dass das Risiko, mit ausgeschiedenen Viren anderer Menschen in Kontakt zu kommen, selbst wenn sie akut infiziert sind und entsprechende klinische Symptome haben, noch einmal sehr viel geringer und wahrscheinlich zu vernachlässigen ist, wenn man nicht direkt angehustet wird, eine Situation, die die meisten Menschen in der Öffentlichkeit kaum je wirklich erlebt haben werden, auch wenn gerade eine solche Situation als Risiko und damit als (eine) Begründung für Masken angeführt wird. Schließlich ist es nicht nachvollziehbar, dass das RKI ausgehend von einer Studie, in der gerade einmal maximal 11 Probanden mit Nachweis saisonaler Coronaviren untersucht wurden und in der die Studienleiter auch noch den korrekten Sitz der Masken überprüften bzw. ggf. korrigierten, davon spricht, dass Masken eine ‚relevante Reduktion' der Virus-Freisetzung bewirkten. Erst dadurch wurde dieses wenig aussagefähige Teilergebnis der Studie zu einer Begründung dafür erklärt, dass Masken ‚wirken'. Wie aber das RKI von einem Ergebnis ausgehend von nur 11 Probanden (noch dazu mit akuter respiratorischer Infektion) auf eine ähnliche Wirkung beim Tragen von Masken durch eine Bevölkerung von knapp 80 Millionen (ohne Symptome) schließen kann, soll hier nicht hinterfragt werden.*

171 Das Gericht geht abweichend von der Sachverständigen davon aus, dass die Situation, direkt angehustet zu werden im schulischen Kontext bei zwei nebeneinandersitzenden Kindern durchaus vorkommen kann. Dieses Übertragungsrisiko könnte aber sehr viel leichter als durch unter Umständen falsch getragene und damit nutzlose Masken dadurch reduziert werden, dass Kinder mit Erkältungssymptomen konsequent nicht die Schule besuchen oder entsprechend, wenn diese Symptome plötzlich auftreten nach Hause geschickt werden. Im übrigen sind zumindest Kinder ab dem Grundschulalter bereits derart sensibilisiert für die Ansteckungsgefahr, dass die Gefahr, dass eines das andere anhustet und nicht wie propagiert in die Armbeuge hustet, durchaus vernachlässigbar ist.

172 Die Sachverständige untersucht im weiteren die Einschätzung der WHO vom Juni 2020 und kommt zu folgendem Resümee (Bl. 20 ff.):

173 *Obwohl die WHO auch in der aktuellsten Stellungnahme vom Dezember 2020 (im Übrigen wie zuvor im Juni 2020) ausdrücklich feststellt, dass die wissenschaftlichen Belege, die für eine Effektivität von Masken in der Öffentlichkeit bei der Prävention respiratorischer Infektionen (einschließlich durch SARS-CoV-2) sprechen, zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur begrenzt und noch dazu widersprüchlich sind, spricht sie dennoch eine Empfehlung für Masken in bestimmten epidemiologischen Situationen für die normale Bevölkerung aus.*

174 *Bei der Masken-Empfehlung der WHO handelt es sich also nicht um eine wissenschaftlich begründete Empfehlung. Ob tatsächlich politisches Lobbying dahinter stand, muss hier nicht diskutiert werden, aber es muss festgehalten werden, dass die WHO als wissenschaftliche Gesundheitsbehörde der UNO für die gesamte Welt ihre Maskenempfehlung gerade nicht auf einer wissenschaftlichen Basis getroffen hat. Dies zeigen die Ergebnisse der in diesem Gutachten ausgewerteten wissenschaftlichen Fachliteratur:*

175 *Danach gibt es keine wissenschaftlichen Belege dafür, dass Masken, die von gesunden Menschen in der Öffentlichkeit, z.B. beim Einkaufen, im ÖPNV, in Büros und Schulen, getragen werden müssen, einen nachvollziehbaren und quantifizierbaren Beitrag dabei leisten, die Ausbreitung des neuen Coronavirus auch nur zu reduzieren.*

176 *Die möglichen Vorteile, die die WHO im Zusammenhang mit dem Tragen von Masken anführt, sind deshalb zum einen die mehr oder weniger evidente (im deutschen Sinne, also: offensichtliche) Feststellung, dass dadurch die Verbreitung virushaltiger respiratorischer Tröpfchen reduziert werden könne. Zum anderen handelt es sich bei den angeführten potentiellen Vorteilen lediglich um mögliche Auswirkungen auf psychologischer Ebene.*

177 *Die WHO empfiehlt für die Bevölkerung ausschließlich nicht-medizinische Masken und nach wie vor nur in besonderen epidemiologischen Situationen und damit auch nur in umschriebenen Regionen mit hohen Infektionszahlen in der Fläche sowie lokal bei Ausbrüchen, ohne aber einen Anhalt für das Ausmaß der Fallzahlen zu geben, auf jeden Fall aber nicht als allgemeine (landesweite) Maskenpflicht, wie es Deutschland seit dem Frühjahr 2020 erlebt. Als Grundlage für die generelle Maskenpflicht kann die WHO-Empfehlung deshalb ebenfalls nicht herangezogen werden.*

178 Weiter untersucht die Sachverständige den Lancet Review von Anfang Juni 2020 und kommt zu dem Schluss, dass auch dieser keine Hinweise für eine Wirksamkeit von Masken im öffentlichen Raum liefert.

179 Auf Seiten 26 ff. des Gutachtens setzt sich die Sachverständige mit der sog. Jena-Studie auseinander, die in den Medien gerne als klarer Beleg für die Masken angeführt werde.

180 Gerade aufgrund der großen Bekanntheit dieser Studie, die aufgrund der angeführten Berichterstattung in den Medien zu einer großen Akzeptanz der Masken in der Öffentlichkeit geführt hat und die auch den meisten Lehrkräften und Eltern bekannt sein dürfte, sollen im folgenden die Ausführungen der Sachverständigen hierzu insgesamt aufgeführt werden:

181 *In einer erstmals Anfang Juni 2020 publizierten Modellierungsstudie wird über den Effekt der Maskenpflicht am Beispiel der Stadt Jena sowie anderer Städte und Regionen in Deutschland berichtet [50]. Im August 2020 wurde die Studie leicht modifiziert nochmals publiziert [51] und erschien zum dritten Mal in der zweiten, bereits modifizierten Fassung im Dezember 2020 [52]. Die dritte Publikation wurde im Juli bei der Zeitschrift eingereicht, also nur kurz nach Erscheinen der ersten (und kurz vor Erscheinen der zweiten), wurde im November letztlich angenommen und im Dezember 2020 publiziert. Von den Medien wurde sie im Dezember wie eine neue Studie vorgestellt, was sie aber vom Untersuchungsgegenstand her nicht ist.*

182 *Die sog. Jena-Studie wird – neben dem ‚Lancet-Review' – in den Medien gerne als klarer Beleg für die Wirksamkeit von Masken angeführt, im Übrigen auch – tatsächlich – zusammen mit einer Studie an Goldhamstern (‚Hamster'-Studie; siehe unten), also einer tierexperimentellen Arbeit.*

183 *Die Autoren der ‚Jena-Studie' sind sämtlich Makroökonomen, die mit derselben Methodik (‚synthetische Kontrollmethode') Untersuchungen im Auftrag der Politik durchführen, um die Auswirkungen politischer Entscheidungen (sog. ‚Reformen') mathematisch zu ‚modellieren'. In der Untersuchung wurde die Entwicklung der Corona-Fallzahlen nach Einführung der Maskenpflicht in Jena mit der in vergleichbaren Städten (= synthetisches Jena) ohne Maskenpflicht verglichen. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Maskenpflicht zu einer ca. 40%igen Reduktion der täglichen Zuwachsrate an Corona-Infektionen geführt habe.*

184 *Unberücksichtigt bleibt in der Studie jedoch der epidemiologisch entscheidende Aspekt, dass bereits ab dem 1. März 2020 (also etwa 5 Wochen vor der Einführung einer Maskenpflicht im öffentlichen Raum in der Stadt Jena) die Ausbreitungsrate des neuen Coronavirus zurückging und dass am 10. März der R-Wert – nach Angaben des RKI – schon unter 1 lag [53, 54]. Ab Ende März gab es in Jena keine relevanten Infektionszahlen mehr. Daraus folgt, dass die Einführung der Maskenpflicht (ab 6. April zunächst in Jena, etwa drei Wochen später dann auch im gesamten Bundesgebiet) in eine Phase der Corona-Epidemie fiel, in der es schon zu einem kontinuierlichen und deutlichen Rückgang der Infektionszahlen gekommen war, eine Entwicklung, die sich anschließend weiter fortsetzte. Einen Effekt der Maskenpflicht auf den Rückgang der Infektionszahlen kann man daraus also nicht ableiten, weil sich beides überlagert, dies aber in der Modellierungsstudie nicht berücksichtigt wurde.*

185 *Besonders wichtig für die Beurteilung der ‚Jena-Studie' ist, dass sich das Infektionsgeschehen in Jena nach den Daten des RKI noch dazu nur auf wenige Tage im März konzentriert hat und der überwiegende Teil vor Mitte März stattfand: Es gab (1) ca. 3 – 5 positive Fälle Ende Februar, (2) zwischen 43 und 53 positive Fälle am Wochenende um den 7. – 9. März und (3) zwischen 59 und 73 positive Fälle in der Zeit vom 11. bis 14. März, (4) anschließend eine deutlich rückläufige Zahl positiver Fälle an jeweils einzelnen Tagen vor Ende März und (5) nochmals 3 – 5 positive Fälle Ende März. Der jeweils enge zeitliche Zusammenhang der Ereignisse (2) und (3) deutet darauf hin, dass es sich dabei um Ausbruchssituationen gehandelt hat und nicht um eine sukzessive Infektionsausbreitung ‚in der Fläche'. Ende März jedenfalls war das Infektionsgeschehen in Jena schon so stark abgeklungen, dass man einen Effekt durch die Maskenpflicht ab dem 6. April nicht mehr erwarten konnte, weil es kein dadurch prinzipiell beeinflussbares Infektionsgeschehen mehr gab.*

186 *Außerdem muss berücksichtigt werden, dass das Meldedatum der Fälle, das in der Studie verwendet wurde, keine auch nur annähernd sichere Aussage zulässt über den Zeitpunkt der Infektion, der sich nur über das Erkrankungsdatum (= Beginn der klinischen Symptomatik) genau genug festlegen lässt, wie es das RKI in seinen Modellierungsstudien praktiziert [54]. Gemäß RKI beträgt nämlich die Zeit zwischen Infektion und Meldedatum 14 – 21 Tage, und dieser Zeitraum setzt sich zusammen aus: (1) der Inkubationszeit, (2) dem Zeitverzug, bis der Patient wegen zunehmender Symptome zum Arzt geht, (3) der Zeit für die Durchführung des Tests (incl. Transport ins Labor und Auswertung im Labor), (4) den administrativen Verzögerungen bei der Meldung der Testergebnisse an das RKI sowie (5) der Publikation durch das RKI [55]. Die ‚Jena-Studie' geht jedoch nur von einer Verzögerung von etwa 8 Tagen [50] bzw. etwa 10 Tagen [51, 52] aus.*

187 *Mit anderen Worten: Der in dieser Untersuchung der Maskenpflicht zugeschriebene Effekt beim Rückgang der Infektionszahlen wird zum einen überlagert vom deutlichen Rückgang der positiven Tests, der überall in Deutschland einige Wochen vor Einführung der Maskenpflicht in Jena und anderswo begonnen hatte. Zum anderen muss berücksichtigt werden, dass die jeweils dem RKI gemeldeten Infektionen 14 – 21 Tage zuvor entstanden sind, die Maskenpflicht also mindestens in den ersten 2 – 3 Wochen keinen Einfluss auf die Infektionszahlen gehabt haben könnte.*

188 *Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Beurteilung eines Effekts der Maskenpflicht ist, dass in den gemeldeten Infektionszahlen immer auch Infektionen verborgen sein können, die aus Ausbruchsgeschehen, z.B. in Heimen, Krankenhäusern oder Gemeinschaftsunterkünften, stammen. Institutionelle Ausbrüche werden aber durch eine Maskenpflicht im öffentlichen Raum nicht beeinflusst, so dass ein Rückgang der Infektionszahlen in einem Ort bzw. in einer Region daran liegen kann, dass zuvor Ausbruchsgeschehen die Zahl der Infektionsfälle erhöht haben, danach aber die Fallzahlen durch das Fehlen weiterer Ausbrüche niedriger waren als vor der Einführung der Maskenpflicht. Genau das scheint auch in Jena eine wichtige Rolle gespielt zu haben, wenn man die Ereignisse (2) und (3), wie oben dargestellt, in Jena betrachtet: Es handelte sich dabei mit hoher Wahrscheinlichkeit um zeitlich begrenzte Ausbrüche mit jeweils hohen Zahlen von Personen mit positiven Testergebnissen. Ausbrüche z.B. in Institutionen wie Alten-/Pflegeheimen haben jedoch immer individuelle Ursachen, die im konkreten epidemiologischen Kontext zu suchen sind, können aber durch eine Maskenpflicht beim Einkaufen oder bei der Nutzung des ÖPNV nicht beeinflusst werden. Ohne Berücksichtigung also, aus welchem epidemiologischen Zusammenhang die aus den verschiedenen Orten gemeldeten Infektionszahlen stammen (d.h. ob Ausbrüche darunter waren oder nicht), bleibt der Effekt von Masken in der Öffentlichkeit auf das Auftreten von ‚Neuinfektionen' (= positive Testergebnisse) notgedrungen unklar.*

189 *Insgesamt bringt auch diese Modellierungsstudie keine Ergebnisse, die eine Maskenpflicht stützen würden, weil neben der Einführung der Maskenpflicht die aufgeführten möglichen Einflussfaktoren (wahrscheinliche Ausbrüche) insbesondere aus der Zeit davor unberücksichtigt blieben. Bei diesen Einschränkungen der Studie kann leicht ein Zirkelschluss zustande kommen, weil die Autoren als Ökonomen nicht über medizinisch-epidemiologischen Sachverstand verfügen und deshalb wichtige potentielle Einflussfaktoren, wie die Frage von Ausbrüchen und ihren möglichen Ursachen, nicht in ihre Überlegungen einbezogen haben.*

190 *Es gibt zahlreiche Beispiele aus anderen Ländern, wo, wie z.B. in Spanien, trotz strengster Maskenpflicht zwischen Juli und Ende Oktober 2020 die Fallzahlen der positiv getesteten Personen extrem anstiegen, während sie in Schweden ohne Maskenpflicht im selben Zeitraum deutlich niedriger waren [55]. Dafür gibt es weitere Beispiele aus anderen Ländern: trotz Maskenpflicht stiegen die Zahlen der positiven Testergebnisse stark an [56, 57]. Man kann aber ähnliches auch für Deutschland aus den Daten des RKI sehen (Einführung der Maskenpflicht am 28. April) (z.B. in den täglichen Situationsberichten). Ebenso sagte der Leiter der österreichischen AGES (Agentur für Gesundheit), dass weder die Einführung der Maskenpflicht noch ihre Aufhebung messbare Auswirkungen auf das Infektionsgeschehen in Österreich gehabt haben [58]. In den letzten zwei Monaten des Jahres 2020 hat auch in Schweden die Zahl der positiv getesteten Personen deutlich zugenommen, allerdings nicht in dem Maße wie in Österreich, wo die Maskenpflicht fast durchgängig seit dem Frühjahr 2020 gilt [58]. Auch bei all diesen empirischen Daten aus zahlreichen Ländern können Einflussfaktoren unentdeckt geblieben sein, aber auffällig ist, dass sich in keinem der Länder ein Effekt der Maskenpflicht auf die Fallzahlen zeigte.*

191 Nach alledem ist die Wirksamkeit von Masken durch die Jena-Studie nach Auffassung des Gerichts nicht belegt.

192 Hinsichtlich der weiteren von der Sachverständigen ausgewerteten Studien und wissenschaftlichen Hinweise soll dagegen auf das vom Gericht erholte Sachverständigengutachten verwiesen werden.

193 Die Sachverständige kommt zu der Feststellung, dass alle nationalen und internationalen Gesundheitsbehörden, wenn auch zurückhaltend, entgegen der wissenschaftlich etablierten Standards der evidenzbasierten Medizin eine Einschätzung zum Tragen von Masken im öffentlichen Raum mit großer Tragweite abgegeben haben, die lediglich auf sog. plausiblen Überlegungen beruhe, was jedoch nicht ausreichen könne, um der Politik in einer solchen Lage, d.h. für den Einsatz bei Millionen von Menschen, eine wissenschaftliche fundierte Entscheidungsbasis zu vermitteln.

194 Nicht überraschend sei es deshalb, dass die seit dem Frühjahr 2020 publizierte Fachliteratur keine Belege für das Tragen von Masken durch die Bevölkerung in der Öffentlichkeit gezeigt habe, auch wenn die Autoren mathematischer Schätzungen dies behauptetenn und die Autoren von Meinungsbeiträgen in z.B. narrativen Reviews dafür keine Daten vorlegen könnten. Zahlreiche Mediziner verschiedener Fachgebiete und Wissenschaftler aus anderen Disziplinen verwiesen gerne auf solche ‚positiven' Publikationen, und zwar insbesondere häufig auf Modellierungsstudien, die für Personen mit nicht besonders fundierten mathematischen Grundlagen (bei Medizinern nicht ganz selten) ohnehin nicht nachvollziehbar seien und damit abschreckend wirkten, aber vielleicht gerade dadurch nahelegten, dass es sich um besonders aussagefähige ‚Wissenschaft' handeln müsse.

195 Das Gericht schließt sich den überzeugenden Ausführungen der Sachverständigen an.

196 b) Gefahren durch den fehlerhaften Gebrauch von Masken

197 Die Sachverständige führt aus, dass ein korrekter Umgang mit Masken bereits bei medizinischem Personal nicht immer leicht zu erreichen sei. Im Alltag wäre es eine unlösbare Aufgabe Millionen Bürger dazu zu bringen, die notwendigen Vorsichtsmaßnahmen beim Gebrauch von Masken anzuhalten. Die Maske würde oft mit den Händen zurechtgerückt. Bei Brillenträgern führe das Beschlagen der Brille dazu, dass man oft die Brille abnehme und wieder aufsetze und damit an die Außenseite der Maske komme. Auch bei mäßig warmem Wetter schwitze man unter der Maske und gehe daher auch immer wieder an die Maske oder darunter.

198 Diese Einschätzung der Sachverständigen kann sicherlich von jedermann aus eigener Anschauung bestätigt werden. Selbst diejenigen Personen, die sich in Kenntnis des korrekten Umgangs mit Masken um einen solchen bemühen, werden gelegentlich unwillkürlich ins Gesicht greifen, um beispielsweise die Brille zurechtzurücken, wenn diese aufgrund der Ohrbügel der Maske herunterrutscht oder beim Betreten eines Ladens beschlägt.

199 Die Sachverständige führt weiter aus:

200 Masken würden durch den Träger beim Ausatmen und Sprechen von innen kontaminiert und könnten durch Handkontakte und respiratorische Tröpfchen anderer Personen ebenso von außen kontaminiert werden. Bei Durchfeuchtung werde die Maske (auch die professionelle medizinische) durchlässig und stelle keine Barriere mehr dar.

201 Daher sollten eine durchfeuchtete Maske abgenommen und gewechselt werden. Beim Auf- und Absetzen sollte die Maske möglichst nur an den Bändern angefasst werden. Nach Absetzen der Maske sollten die Hände unter Einhaltung der allgemeinen Hygieneregeln gründlich gewaschen werden.

202 Es entspricht der allgemeinen Lebenserfahrung (die nunmehr seit einem Jahr mit Unterbrechungen gesammelt werden konnte), dass kaum ein Erwachsener sich beim Einkaufen an diese Empfehlungen hält. Vielmehr kann beobachtet werden, dass viele Menschen die Masken im Auto am Innenspiegel hängen haben, nach Gebrauch in die Hosentasche oder Handtasche stopfen oder wenn diese nicht gebraucht wird einfach irgendwo ablegen, um sie später wieder aufzusetzen.

203 E ist daher nachvollziehbar, dass diese Regeln im Schulalltag von Kindern nicht bzw. noch weniger zuverlässig eingehalten werden können. Es besteht daher die Gefahr, dass aus der Maskenpflicht in der Schule Kontaminationen resultieren, die zu einem wesentlichen Teil vermeidbar wären, weil die ohnehin schon häufigen Hand-Gesichtskontakte der Menschen durch die Maskenpflicht noch häufiger werden (vgl. Gutachten der Sachverständigen ...(Nr.2) auf Seite 51).

204 Der Sachverständige Prof. ... (Nr. 1) führt in seinem Gutachten hierzu aus:

205 *Hier ist anzumerken, dass eine korrekte Handhabung von Masken generell ausschlaggebend dafür ist, dass Masken überhaupt eine Wirkung entfalten können. So heißt es in der erwähnten Empfehlung der WHO zum Tragen von Masken zur korrekten Handhabung :*

206 *WHO provides the following guidance on the correct use of masks: Perform hand hygiene before putting on the mask. Inspect the mask for tears or holes, and do not use a damaged mask. Place the mask carefully, ensuring it covers the mouth and nose, adjust to the nose bridge and tie it securely to minimize any gaps between the face and the mask. If using ear loops, ensure these do not cross over as this widens the gap between the face and the mask. Avoid touching the mask while wearing it. If the mask is accidently touched, perform hand hygiene. Remove the mask using the appropriate technique. Do not touch the front of the mask, but rather untie it from behind.Replace the mask as soon as it becomes damp with a new clean, dry mask. Either discard the mask or place it in a clean plastic resealable bag where it is kept until it can be washed and cleaned. Do not store the mask around the arm or wrist or pull it down to rest around the chin or neck. Perform hand hygiene immediately afterward discarding a mask. Do not re-use single-use mask. Discard single-use masks after each use and properly dispose of them immediately upon removal. Do not remove the mask to speak.Do not share your mask with others.*

207 *Wie diese Liste eindrücklich klarmacht, stellt das korrekte Tragen von Masken hohe Anforderungen an die maskentragende Person. Allein angesichts dessen, dass Schüler*innen bei einer Maskenpflicht im Unterricht Masken relativ durchgängig bis zu 10 Stunden pro Tag tragen müssen (Schulbus, Schulgelände, Vormittags- und Nachmittagsunterricht) ist eine korrekte Handhabung an Schulen kaum umzusetzen. Hinzu kommt bei jüngeren Schüler*innen, dass eine korrekte Handhabung kognitive Anforderungen stellt, welche bei jüngeren Kindern entwicklungsbedingt nicht gegeben sind. Da beispielsweise der Präfrontalkortex bis in etwa zum Beginn des Jugendalters noch nicht vollständig ausgereift ist [15], ist das Verhalten von Kindern stark durch automatisierte Verhaltenstendenzen gesteuert, welche nur bedingt vom Kind selbst reguliert werden können. So sind Anforderungen wie das Nichtberühren der Maske von Kindern kaum umzusetzen. Damit besteht die Gefahr, dass beim Maskentragen von Kindern das durch die falsche Handhabung bedingte erhöhte Infektionsrisiko den laut den randomisierten kontrollierten Studien geringen bis nicht vorhandenen Nutzen überwiegt.*

208 Das Gericht schließt sich den Ausführungen des Sachverständigen an. Wohl kaum eine andere Personengruppe als die Schüler muss derzeit über einen derart langen Zeitraum am Tag Masken tragen (falls überhaupt Unterricht stattfindet). Die Empfehlungen der WHO, vor dem Aufsetzen der Maske eine korrekte Handhygiene umzusetzen ist kaum möglich, weil schon vor dem Betreten der Schule, die Masken aufgesetzt werden müssen. Es ist während des Unterrichts nicht möglich, nach einem versehentlichen Berühren der Maske die Handhygiene durchzuführen. Wie die Sachverständige ... (Nr. 2) ausgeführt hat, wird die Häufigkeit der Hand-Gesichtskontakte durch das Tragen der Masken noch erhöht. Die meisten Schüler bis zu einem Alter von 15 Jahren sind, wie der Sachverständige ... (Nr.1) ausführt nicht in der Lage, diese automatisierten Handlungsabläufe zu kontrollieren. Oft wird den Schülern bei Durchfeuchtung der Maske auch keine Wechselmaske zur Verfügung stehen bzw. werden Einmalmasken entgegen der Empfehlung wieder verwendet werden.

209 Zusammenfassend besteht demnach die Gefahr, dass die Maskenpflicht an Schulen dazu führt, dass die Verbreitung des Virus nicht eingedämmt, sondern eher gefördert wird.

210 2. Unverhältnismäßigkeit der Zweck-Mittel-Relation

211 Im Rahmen der Prüfung der Verhältnismäßigkeit ist zu beachten, dass hier Abwägung der kollidierenden Grundrechte stattzufinden hat. Die Verwaltungsgerichte haben hierzu stets angeführt, dass dem Schutz des Lebens Vorrang zu geben ist (beispielsweise Bayerischer Verwaltungsgerichtshof, Beschluss vom 30. März 2020 – 20 NE 20.632 –, juris).

212 Murswiek führt in einer Stellungnahme für den Rheinland-Pfälzischen Landtag aus:

213 "Der Staat hat eine grundrechtliche Pflicht zum Schutz von Leben und Gesundheit, und zwar auch zum Schutz vor Lebens- und Gesundheitsrisiken; sie ergibt sich aus Art. 2 Abs. 2 GG. Die Schutzpflicht besteht freilich nicht absolut, sondern auf jeden Fall dürfen die zum Schutz eingesetzten Mittel nicht gegen andere Grundrechte verstoßen; bei Grundrechtskonflikten muss abgewogen werden. Jedenfalls hat der Schutz gegen Covid-19 in der Abwägung dann ein besonderes Gewicht, wenn der Staat jedenfalls dem Grunde nach zum Schutz verpflichtet ist. Deshalb ist in der Diskussion um die Verfassungsmäßigkeit des Lockdown verschiedentlich das Argument vorgebracht worden, wegen der staatlichen Schutzpflicht für Leben und Gesundheit sei der Lockdown gerechtfertigt. Dieser Schluss ist nicht nur deshalb ein Kurzschluss, weil das Bestehen einer Schutzpflicht nicht von der Abwägung dispensiert. Er ist schon deshalb falsch, weil die Prämisse nicht stimmt. Denn eine strikte grundrechtliche Schutzpflicht gibt es nur gegenüber menschlichen Eingriffen in die Freiheit beziehungsweise gegen menschliche Beeinträchtigungen grundrechtlicher Schutzgüter. Die Freiheitsrechte schützen die Entschließungsfreiheit des Einzelnen inklusive der Freiheit, über die eigenen grundrechtlichen Schutzgüter zu verfügen; sie schützen mit anderen Worten die individuelle Autonomie. Diese wird in der abwehrrechtlichen Dimension gegen staatliche Eingriffe und in der Schutzpflichtdimension gegen Eingriffe Dritter geschützt – in jedem Fall also gegen menschliche Eingriffe. Durch Naturereignisse, auch durch Naturkatastrophen, können Schutzgüter gefährdet, verletzt und zerstört werden; aber man kann nicht sinnvoll behaupten, dass sie die individuelle Autonomie berühren. Die Entscheidungsfreiheit des Einzelnen, die individuelle Autonomie, besteht denknotwendig immer im Rahmen nicht nur physikalischer Gesetzmäßigkeiten, sondern auch im Rahmen der durch unsere natürliche Umwelt vorgeformten Gegebenheiten. Eine Epidemie oder eine Pandemie ist deshalb kein Freiheitseingriff, gegen den grundrechtlich verbürgte Freiheitsrechte schützen können.

214 Das bedeutet nicht, dass der Staat nicht zum Schutz gegen Naturkatastrophen oder Epidemien verfassungsrechtlich verpflichtet ist. Es bedeutet nur, dass sich eine solche Verpflichtung nicht aus den Freiheitsrechten – hier: aus dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit – ergibt. Sie lässt sich staatstheoretisch aus dem fundamentalen Staatszweck ableiten, die Existenzgrundlagen der staatlich organisierten Gemeinschaft zu sichern. Und sie lässt sich verfassungsrechtlich auf das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) i.V.m. dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) stützen. Die sozialstaatliche Schutzpflicht unterscheidet sich hinsichtlich ihres Gegenstandes von der freiheitsrechtlichen Schutzpflicht dadurch, dass sie nicht die individuelle Autonomie, sondern die sozialen Existenzvoraussetzungen schützt. Und hinsichtlich des Gewährleistungsumfangs unterscheidet sie sich von der grundrechtlichen Schutzpflicht dadurch, dass der Staat hinsichtlich der Verwirklichung des Schutzes der faktischen Lebensvoraussetzungen einen viel größeren Gestaltungsspielraum hat als hinsichtlich des Schutzes gegen menschliche Eingriffe in Leben und Gesundheit. Während in Bezug auf menschliche Eingriffe die Pflicht zum Schutz grundsätzlich dann besteht, wenn das Risiko so groß ist, dass es rechtlich als "Gefahr" zu qualifizieren ist, besteht im Hinblick auf allgemeine Lebensrisiken, zu denen die Risiken von Naturkatastrophen oder Epidemien gehören, ein großer Spielraum für die Bestimmung des anzustrebenden Schutzniveaus. Eine verfassungsrechtliche Handlungspflicht zum Schutz der Allgemeinheit gegen Covid-19 könnte deshalb nur dann angenommen werden, wenn die von der Epidemie ausgehenden Risiken derart groß wären, dass ohne staatliche Maßnahmen entweder die Existenzgrundlagen des Gemeinwesens oder der Gesamtheit der in diesem Gemeinwesen organisierten Menschen auf dem Spiel stünden. Davon kann in Bezug auf Covid-19 keine Rede sein." (https://dokumente.landtag.rlp.de/landtag/vorlagen/2-12-17.pdf).

215 Nimmt man diese Ausführungen ernst, so kann ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit von Schulkindern niemals abstrakt durch die Bekämpfung der Ausbreitung des Coronavirus gerechtfertigt werden. Die Abwägung findet nicht auf der Ebene des Schutzes von Leben und den tangierten Grundrechten des Kindes statt, sondern auf der Ebene des Schutzes der Grundrechte der Kinder gegenüber dem Anspruch des Staates, die Pandemie zum Schutze der Allgemeinheit einzudämmen.

216 Die auf dieser Ebene getroffenen Einschränkungen der Grundrechte der Kinder sind unverhältnismäßig in Bezug auf die Zweck-Mittel-Relation.

217 Noch deutlicher wird dies, wenn man sich vor Augen führt, dass, wenn man der Lancet-Studie folgend davon ausgeht, dass Masken grundsätzlich geeignete Instrumente zum Schutz vor der Ausbreitung des Virus sind, die Effektstärke des Maketragens von Schulkindern extrem gering ist. Der vom Gericht beauftragte Sachverständige ... (Nr.1) erläutert dies in seinem Gutachten wie folgt:

218 *"Geht man von den nicht signifikanten Effektgrößen im erwähnten aktuellen Cochrane Review aus, wonach die Ansteckungswahrscheinlichkeit beim Tragen von medizinischen Masken maximal in etwa um 10 Prozent reduziert wird, würde sich das Ansteckungsrisiko auf der Ebene einer Schulklasse von 0,25 Prozent auf 0,225 Prozent verringern, was einer absoluten Risikodifferenz von 0,025 Prozent entsprechen würde. Es müssten demnach die Schüler*innen in 4.000 Grundschulklassen für eine Woche eine Maske tragen um eine einzige Ansteckung zu verhindern. Das ist eine extrem kleine Effektstärke und es müssten demnach knapp 100.000 Grundschüler die möglichen Nebenwirkungen des Maskentragens auf sich nehmen um eine einzige Ansteckung pro Woche zu verhindern.*

219 *Wenn man annimmt, dass Masken die Ansteckungswahrscheinlichkeit in der Größenordnung von 80 Prozent verringern würden (Ergebnis der in der S3-Leitlinie erwähnte Meta-Analyse von Chu et al. zu Beobachtungsstudien mit niedriger Qualität der Evidenz, siehe [23]), würde sich das Ansteckungsrisiko auf der Ebene einer Schulklasse von 0,25 Prozent auf 0,05 Prozent verringern, was einer absoluten Risikodifferenz von 0,2 Prozent entsprechen würde. Hochgerechnet auf die Number Needed to Treat müssten demnach noch immer die Schüler*innen in 500 Grundschulklassen für eine Woche eine Maske tragen und damit knapp 12.500 Grundschüler*innen die möglichen Nebenwirkungen auf sich nehmen um eine einzige Ansteckung pro Woche zu verhindern."*

220 Wie allgemein bekannt ist, bedeutet eine Ansteckung nicht notwendig eine schwere Erkrankung des Betroffenen oder gar dessen Tod. Viele Ansteckungen verlaufen mit milden oder grippeähnlichen Symptomen.

221 Angesichts des mit der Verpflichtung zum Masketragen allenfalls verbundenen Nutzens im Vergleich zur damit verbundenen Schädigung der Kinder ist diese Verpflichtung unverhältnismäßig.

[222] Die Anordnung der Maskenpflicht an Schulen gem. § 18 Abs. 2 der Bayerischen Infektionsschutzverordnung ist daher verfassungswidrig und damit nichtig.

[223] Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der Ausnahmevorschrift des § 2 der Verordnung.

[224] Danach sind Personen, die glaubhaft machen können, dass ihnen das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung aufgrund einer Behinderung oder aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder unzumutbar ist, von der Trageverpflichtung befreit; die Glaubhaftmachung erfolgt bei gesundheitlichen Gründen insbesondere durch eine ärztliche Bescheinigung, die die fachlich-medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose), den lateinischen Namen oder die Klassifizierung der Erkrankung nach ICD 10 sowie den Grund, warum sich hieraus eine Befreiung der Tragepflicht ergibt, enthält;

[225] Wie gerade der vorliegende Fall anschaulich zeigt, sind selbst Personen, die ein den Anforderungen der Vorschrift genügendes Attest vorweisen können, nicht davor gefeit, dass dieses nicht anerkannt wird. Aus der Norm ergibt sich nicht, wem im Zweifel das Attest vorzulegen ist und wer zu dessen Überprüfung berufen ist.

[226] Das OVG Berlin-Brandenburg hat in einem vergleichbaren Fall entschieden, dass die Offenlegung von Gesundheitsdaten in einem Attest nicht notwendig ist, weil dies für den Betroffenen zur Folge hätte, dass er seine konkrete Diagnose und sich daraus ergebene Folgen an einer Vielzahl von auch nicht öffentlichen Stellen offenbaren müsste, wobei es sich hierbei um personenbezogene Gesundheitsdaten handelt, die besonders sensibel sind und daher einem besonders hohen Datenschutz unterfallen. Dass auch Private zur Kontrolle der Atteste verpflichtet seien, ergäbe sich bereits daraus, dass sie die Einhaltung der Verpflichtung zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung sicherzustellen hätten und widrigenfalls eine Ordnungswidrigkeit begingen.(Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 04. Januar 2021 – OVG 11 S 132/20 –, Rn. 25 - 26, juris). Diese Problematik besteht im vorliegenden Fall nicht in gleichem Ausmaß, da die Befreiung von der Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung vorliegend lediglich dem Schulleiter vorgelegt werden muss, der hierüber zur Verschwiegenheit verpflichtet ist.

[227] Allerdings bestünde auch in dem Fall, dass die Schulleitung das Attest anerkennen würde, eine nicht zur rechtfertigende Gefahr der Isolation und Diskriminierung der betroffenen Kinder, der das Gericht in Ziff. 2 des Beschlusses vorsorglich begegnet ist, auch wenn die Betroffene bestätigt hat, dass sie an ihrer Schule nicht von Diskriminierung betroffen war.

[228] Dem Gericht ist jedoch beispielsweise aus der lokalen Presse (https://www.merkur.de/lokales/weilheim/wessobrunn-ort377060/aerger-um-maskenpflicht-im-unterricht-90046679.html) bekannt, dass Schulleiter meinen, Kinder mit einem entsprechenden Attest vom übrigen Klassenverband isolieren zu müssen, obwohl die Bayerische Infektionschutzmaßnahmenverordnung an sich schon keine Rechtsgrundlage hierfür bietet. So musste ein hiesiger Mittelschüler völlig isoliert von seinen Schulkameraden alleine in einem Klassenzimmer sitzen.

[229] Prof. ... (Nr. 1) führt hierzu aus (S. 26):

[230] *Schließlich gibt es noch negative Nebenwirkungen auf psychischer Ebene für Kinder, welche aus medizinischen Gründen keine Maske tragen dürfen. Hier besteht die Gefahr, dass solche Kinder – begründet mit hygienetechnischen Argumenten – diskriminiert und aus dem sozialen Klassenverbund ausgeschlossen werden, mit negativen Folgen für das psychische und soziale Wohlbefinden. Mir sind Fälle bekannt, wo Kinder, die aus medizinischen Gründen keine Maske tragen können, den ganzen Schultag über gelbe Armbinden tragen müssen. In einem anderen Fall ist im Klassenzimmer und im Pausenhof eine Ecke abgeklebt, in der sich Kinder, die aus medizinischen Gründen keine Maske tragen können, aufhalten müssen. Belegt wird die Gefahr der Diskriminierung auch dadurch, dass im oben beschriebenen Register zu den Nebenwirkungen des Maskentragens bei Kindern als eine der Ängste die Angst vor Stigmatisierung sowohl durch das Tragen als auch durch das Nichttragen einer Maske im sozialen Umfeld genannt wird.*

[231] *Verstärkt wird die Gefahr einer solchen Diskriminierung durch fragwürdige Aussagen von Experten in den Medien. So sagte die Jugendpsychiaterin Dr. Biskup-Meyer in einem SZ-Interview zur Maskenpflicht in der Grundschule [79]:*

[232] *"Wenn die Lehrer eine Maske tragen und den Schülern glaubhaft vorgemacht wird, dass dies gerade notwendig ist, dann sind Grundschulkinder sicher diejenigen, die sich am bereitwilligsten daran halten. Dazu gehört auch, dass eine Einheit in der Klasse besteht, weil alle eine Maske tragen."*

[233] *Wird Kindern durch die Lehrkräfte eine Notwendigkeit des Maskentragens stark vermittelt und entsteht aufgrund sozialer Dynamiken ein entsprechender Gruppendruck, ist die Gefahr umso größer, dass manche Kinder diskriminiert werden.*

[234] *Hinzu kommt, dass Kinder, welche aus medizinischen Gründen keine Maske tragen dürfen, dadurch in eine psychische Lage kommen, welche für das Kind nicht positiv auflösbar ist. Egal, wie sich das Kind verhält, ergeben sich negative Konsequenzen: Trägt das Kind keine Maske, wird es sozial ausgegrenzt, trägt das Kind die Maske, treten körperliche Leiden ein. Eine solche Lage kann mit sehr negativen psychischen Konsequenzen verbunden sein bis hin zur Entwicklung von psychischen Störungen."*

[235] Diese Problematik kann nicht durch eine verfassungskonforme Auslegung der Normen aufgelöst werden, weil der mit dem Masketragen verbundene soziale Druck gerade erwünscht ist, da der Verordnungsgeber meint, mit einer möglichst lückenlosen Durchsetzung der Maskenpflicht die Ausbreitung des Virus am besten eindämmen zu können. Dies verdeutlicht der Werbeslogan: " Man muss die Maske nicht mögen, man muss sie nur tragen". Dieser Satz diskriminiert Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen keine Maske tragen können.

236 Es ist, gerade für ein Schulkind unmöglich, diesem Gruppendruck mit sachlichen Argumenten zu begegnen und im vorliegenden Fall erstaunlich, dass es dem betroffenen Kind bislang gelungen ist. Dass dies jedoch immer schwieriger wird, zeigt die Äußerung des Kindes, dass seine Freundin jetzt eben Maske trage, was es selbst leider nicht könne. Das Kind würde gerne die Maske tragen, wenn diese ihm nicht die entsprechenden Beschwerden verursachte. Es ist anzunehmen, dass zahlreiche Kinder unter diesem bestehenden Gruppendruck sich nicht trauen werden, ihre Beschwerden zu offenbaren oder die Maske aus eigenem Antrieb abzunehmen, wenn es ihnen nicht gut geht. Es besteht auch die Gefahr, dass sie, soweit ihre Eltern überhaupt bereit und in der Lage sind, mit ihnen zur Erlangung eines Attestes zum Arzt zu gehen, von diesem nicht ernst genommen werden, da die Diagnose ja, abgesehen ggf. von Asthmapatienten in der Regel nur wird auf Schilderungen des Kindes beruhen können. Auch die Ärzte unterliegen dem bereits erfolgreich etablierten Gruppendruck und noch dazu der realistischen Gefahr, dass sie im Falle der Ausstellung von Maskenattesten die Durchsuchung ihrer Praxis unter dem Verdacht des Ausstellens falscher Gesundheitszeugnisse befürchten müssen.

237 Die Korrespondenz der Eltern mit der zuständigen Mitarbeiterin des Ministerialbeauftragten zeigt außerdem, dass die Exekutive an Maskenbefreiungen derart hohe Hürden knüpft, dass sie von kaum einem Betroffenen mehr werden überwunden werden können.

238 § 18 Abs. 2 der Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung ist daher auch in der Zusammenschau mit § 2 keiner verfassungskonformen Auslegung zugänglich und kann daher nicht zur Rechtfertigung der gegenüber dem Kind getroffenen Maßnahmen dienen.

239 Die Schulleiter und Klaßleiter können sich zur Anordnung einer Maskenpflicht an den Schulen nicht auf diese Verordnung berufen.

240 Die Eltern sind nicht in der Lage, die Gefahr, die von diesen Anordnungen für ihr Kind ausgeht, abzuwenden.

241 Mit der Anordnung solcher Maßnahmen wird das Wohl der Kinder, wie dargestellt, gefährdet, § 1666 BGB. Die Lehrkräfte dürfen sie deshalb nicht anordnen.

242 **IV. Erforderlichkeit des Tätigwerdens im Wege der einstweiligen Anordnung:**

243 Es erscheint nach dem gegenwärtigen Ermittlungsstand sehr wahrscheinlich, dass dieses Ergebnis im Hauptsacheverfahren bestätigt wird. Weitere Ausführungen bleiben einer Entscheidung dort vorbehalten.

244 Im Rahmen einer Folgenbetrachtung sind beim Erlass einer einstweiligen Anordnung die Nachteile abzuwägen, die sich ergeben, wenn die von den Eltern der Kinder angestrebte Regelung durch das Familiengericht zunächst im einstweiligen Anordnungsverfahren nicht getroffen wird, dann aber doch später im Hauptsacheverfahren, und die Auswirkungen, die sich ergeben, wenn das Familiengericht die von den Eltern der Kinder angestrebte Regelung bereits im einstweiligen Anordnungsverfahren trifft, aber später im Hauptsacheverfahren nicht bestätigt.

245 Die Nachteile für die Kinder, wenn die angestrebte Regelung durch das Familiengericht verzögert wird, überwiegen dabei erheblich.

246 Die Eltern sind jedenfalls nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, § 1666 BGB. Mit Blick auf das Ende der Osterferien besteht auch ein dringendes Bedürfnis, sofort tätig zu werden.

247 Nach all dem war die aus dem Tenor ersichtliche Entscheidung geboten.

248 **V. Geltungsbereich der Anordnung:**

249 Entgegen der Auffassung des Amtsgerichts Weimar (Beschluss vom 08.04.2021, Az. 9 F 148/21), geht das Gericht davon aus, dass der Beschluss lediglich zwischen der beteiligten Schulleitung und der Betroffenen wirkt, da ansonsten alle Kinder der Schule hätten beteiligt und gehört werden müssen. Es muss jedoch allen, die den Beschluss und insbesondere die Ausführungen des Sachverständigen ... (Nr.1) kennen, klar sein, dass jeder, der ein Kind entgegen dessen Willen über einen längeren Zeitraum zwingt, eine Maske zu tragen, eine Gefährdung dessen Wohls verursacht und damit ohne rechtfertigenden Grund in dessen Rechte eingreift. Auch ohne dass deshalb jedes Mal ein Verfahren gem. § 1666 BGB gegen diese Personen eingeleitet werden müsste, sind diese Personen gehalten, die Rechte der Kinder zu respektieren und gebietet es der Schutz aller betroffenen Schüler, dass diese nicht zum Tragen der Maske gezwungen werden dürfen. Ein Schulleiter oder Lehrer, der dies in Kenntnis der damit verbundenen Gefahren dennoch tut, wird sich in dem Fall, dass die Gefährdung eine tatsächliche Schädigung des betroffenen Kindes zur Folge hat, nicht darauf berufen können, er habe die Gefahr nicht gekannt oder sei durch irgendeine Infektionsschutzverordnung oder ein Hygienekonzept hierzu gezwungen gewesen.

250 Die Kostenentscheidung beruht auf § 81 FamFG.

251 Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 51 Abs. 4, 81 Abs. 1 Satz 1 FamFG. Für die Kosten des Verfahrens der einstweiligen Anordnung gelten die allgemeinen Vorschriften.

- Leerseite -

Die 8-fach willkürliche Inzidenz - Instrument der Selbstermächtigung:

1. **Manipulierte Medizintheorie** kein Isolat, Kochsche Postulate unerfüllt, umdefinierte Begriffe: Pandemie und Herden-immunität	**2.** **Untauglicher Drosten-PCR-Test** von internationalen Wissen-schaftlern in 10 Punkten als unhaltbar kritisiert	**3.** **Fehlende sachliche Abgren-zung: 'an oder mit Corona'** Infektions- u. Todesfälle ohne Begleitumstände wie z. B. Symptome
4. **Nicht berücksichtig-ter Testumfang** Dunkelziffer bleibt verdunkelt, Hochrech-nung auf die Bevölke-rung fehlt	die einzig wahre, zentral-diktatorische Quatsch-Idee alle föderalen Quatsch-Ideen	**5.** **fehlende personelle Abgrenzung** Mehrfachtests der sel-ben Personen werden nicht herausgerechnet
6. **Fehlende zeitliche Abgrenzung** In die sog. '7-Tages-Inzidenz' fließen z. T. uralte Daten ein	**7.** **Bewirkte Verschlimmerung** Unter der erzeugten Panik war die Behandlung nicht sel-ten suboptimal, (z. B. viel zu frühe Druckbeatmung)	**8.** **Willkürlich festge-legter Grenzwert** keine Berücksichtigung der tatsächlichen Be-lastungssituation des Gesundheitssystems

Nachdem die Landesregierungen von 16 Bundesländern über ein Jahr lang ihre eigene Hilflosigkeit unter Beweis stellten,

sich dabei regelmäßig und nativ die Erfolge selbst zuschrieben und die Misser-folge hingegen ihren ungehorsamen Kritikern, haben sie nun - wie auch die große Mehrheit der Bevölkerung - das föderale Durcheinander satt und traten am 21.04.2021 die Verantwortung an den Bund ab - widerstandslos bis er-leichtert.

In Wahrheit wurde lediglich der föderale Quatsch durch einen zentralistischen Quatsch ersetzt und ein weiterer Schritt in Richtung Diktatur vollzogen.

Dabei wurde die Tatsachenferne unserer Staatsdiener verschlimmert, juristi-sche Kontrolle erschwert, das Wesen unserer Rechtsstaatlichkeit, die funda-mentale Gewaltwirkungsordnung unserer freiheitlich demokratischen Grund-ordnung beseitigt - Staatsgewalt geht nicht mehr lt. Art. 20 (2) GG vom Volke aus, sondern von den Kreateuren blanker Willkür - das Widerstandsrecht ist eröffnet. - Weitere Ausführungen im Folgenden (online mit aktiv verlinkten Quellen https://leak6.de/Die_8x-willkuerliche_Inzidenz.pdf):

Der Anspruch (Auswahl):

Um eine Gefahr abzuwenden, muss sie korrekt identifiziert werden. Wir Deutschen sind gründlich, falschen Falls: gründlich falsch.

Das Desaster von 1945 steigerte die Angst, etwas verkehrt zu machen ein weiteres mal. Unser Grundgesetz von 1949 sollte mit seinen Grundrechten garantieren, dass sich das Schlimmste nicht wiederholt: Die vom Volk beauftragte und bezahlte Staatsgewalt sollte durch Trennung der Gewalten kontrolliert und in ihrer Machtentfaltung begrenzt sein.

> **Art. 1 (1) S. 2GG**: "Die Würde des Menschen zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt."
>
> **Art. 1 (3) GG**: "Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht."
>
> **Art. 2 (1) GG**: "Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt."
>
> **Art. 19 (2) GG**: In keinem Falle darf ein Grundrecht in seinem Wesensgehalt angetastet werden.

Gemäß dieser Vorgaben

"**handelt der Staat in treuhänderischer Aufgabenwahrnehmung für die Bürger und ist ihnen rechenschaftspflichtig** (1 BvR 699/06 Abs. 49[1])."

Zwar hat insbesondere die Exekutive die primäre Befugnis zur Gefahrenabwehr inklusive eines denknotwenigen Ermessensspielraumes, welcher wiederum auf der ihr zuzubilligenden Einschätzungsprärogative beruht.

Doch sachfremde Erwägungen, die Verfolgung anderer Interessen, als das Wohle des deutschen Volkes oder gar die Ergreifung von Willkürmaßnahmen zur Rechts- oder Interessensbeschneidung des deutschen Volkes sind allen Staatsgewalten vom Geist und Wesen des Grundgesetzes - der verfassungsmäßigen Ordnung her, wie auch durch Naturrecht und Sittengesetz verstellt.

Ebenso wenig werden die wirklichkeitsferne Tatsachendarstellung und die Ignoranz gesamtgesellschaftlich drängender Fragen der hier dargelegten Rechenschaftsverpflichtung auch nur ansatzweise gerecht.

Auch Regierungshandeln ist eine Realisation der grundgesetzlichen Rechte: Entfaltungs-, Meinungs-, Vereinigungsfreiheit sowie der Diskretions- und Eigentumsgarantie.

Eine ins Falsche pervertierte Regierung verliert jedoch ihre Legitimation nach Art. 18 GG.

[1] https://leak6.de/biblio/1_BvR_0699-2006%20Meinungs+Versammlungsfreiheit+Grundrechtsbindung_im_Flughafen.pdf

Die Freiheitsgrade der Willkür:

1. **Manipulierte Medizintheorie:** Die Standards **Isolat** und **Kochsche Postulate** werden nicht erfüllt[2]; Begriffe **Pandemie** und **Herdenimmunität** umdefiniert: In der medizinischen Forschung muss sichergestellt sein, dass beobachtete klinische Symptome einer Krankheit auf eine ganz bestimmte Ursache zurückzuführen sind und nicht - irrtümlich - auf ganz etwas anderes. Soweit man bei der Krankheit ursächlich von vermehrungsfähigen Mikroorganismen ausgeht, ist wissenschaftlich anerkannt, mögliche Falschhypothesen durch Anwendung der vier Kochschen Postulate auszuschließen. Diese gebieten, **1.**: die verdächtigte Mikrobe zu isolieren, **2.**: das Isolat (Probe mit rein dargestellten Musterexemplaren) als vermehrungsfähig nachzuweisen, **3.**: die Anzucht als krankmachend nachzuweisen und **4.**: mithilfe von Gegenproben Effekte aus anderen Gründen auszuschließen. Der publizierte Zusammenhang von Covid-19 und SARS-CoV-2 kann sich hierauf aber nicht stützen. Bis heute wurden die vier Kochschen Postulate zu keinem Zeitpunkt in einer Studie erfüllt und es gibt trotz eines hoch ausgelobten Preisgeldes[3] weltweit **kein Isolat** des Virus. Es ist also nicht wissenschaftlich dargelegt, wovon man spricht, dass man überhaupt auf der richtigen Spur ist, oder sonst wie ein Mechanismus plausibel gemacht, warum gerade eine Handvoll ganz bestimmter Gensequenzen das Virus zu einem Killervirus machen sollen, die das Immunsystem der Menschen in national relevantem Ausmaß überfordert. Das vorliegende Virus enthält aber knapp 30.000 Sequenzen, die alle unter der Beobachtung der menschlichen Immunabwehr stehen. Die Immunabwehr aller auch nur halbwegs Gesunden vermag schon sehr bald auf intelligente Weise zwischen Freund und Feind zu unterscheiden und Coronaviren - wie alle anderen auch - als solche zu erkennen und zu bekämpfen. Es wird alles andere tun, als sich tatenlos in die von ein paar Wissenschaftlern postulierte Chancenlosigkeit zu ergeben, was ebenso für alle derzeitigen und künftigen Mutationen dieser Art gilt, wie für alle voraus gegangenen. Der international rechtsrelevante Begriff der Pandemie wurde nachträglich und einseitig umdefiniert. Es ist nun nicht mehr ein großes Sterben in vielen Ländern erforderlich, sondern lediglich eine Verbreitung von Infektionen in viele Länder. Weiter darf neuerdings von Herdenimmunität nicht mehr gesprochen werden, wenn sie auf natürliche Weise - also ohne Impfung, z. B. durch leichte Verläufe oder stille Feiung (z. B. durch Kreuzimmunität) - erreicht wurde.

2. **Vollkommen untauglicher Test**: Die Krücke besteht in der Behauptung, die Gefährlichkeit einer Infektion sei genau dann gegeben - oder wenigstens genau dann sehr wahrscheinlich, wenn der so genannte **Drosten-PCR-Test** positiv ausfalle. Dieser Test ist aber nicht allein höchst umstritten[4] - insbesondere weil er viel zu viele falsch positive Ergebnisse liefert - sondern sogar dem zur Exekutive gehörenden Robert-Koch-Institut bekannt. Es gibt

[2] https://rumble.com/embed/vd247j

[3] Nach 250.000 € nun bald: EUR 1 Mio (Vorab-Info: https://youtu.be/or1-jlMgBis?t=126)

[4] https://cormandrostenreview.com/report/ ein externes Peer-Review durch ein 22 Member ICSLS (International Consortium of Scientists in Life Sciences) bemerkt auf molekularer und methodischer Ebene 10 gravierende Fehler: "consequences for false positive results".

nämlich diese alles entscheidende Schwäche im RKI-Bulletin vom 29.09.2009[5] mit den folgenden Worten zu:

> "Im Gegensatz zu replikationsfähigem Virus ist die RNA von SARS-CoV-2 bei vielen Patienten noch Wochen nach Symptombeginn mittels PCR-Untersuchung nachweisbar. Dass diese **positiven PCR-Ergebnisse bei genesenen Patienten nicht mit Ansteckungsfähigkeit gleichzusetzen** ist, wurde in mehreren Analysen gezeigt, bei denen parallel zur PCR-Untersuchung eine Anzucht von SARS-CoV-2 in der Zellkultur durchgeführt wurde."

Anmerkung: Wenn ein positiver PCR-Test bei Genesenen keinen Beweis darstellt, wie könnte er das dann bei den neuerdings so genannten 'symptomlos Erkrankten', also bei denen, die schneller gesunden, als dass die Krankheit in Erscheinung treten kann, also bei denen, die eine stille Feiung durchmachen sowie bei denen, die schon vorher immun, Herden-immun bzw. kreuzimmun waren.

Nur einen der gravierenden Fehler des Drosten-Testprotokolls, den CT-Wert (Cycle of Threshold, Anzahl der analytischen Verdoppelungszyklen) bemerkt Dr. Reiner Füllmich mit den Worten:

> "In Frankfurt das Gesundheitsamt ignoriert **alles über 25**, ab 35 ist sowieso vorbei und der **Drosten-Test ist auf 45** eingestellt: Also das kann nur noch falsche Ergebnisse haben, aber offenbar war das auch gewollt, weil man möglichst viele Positive haben wollte."[6]

Mit anderen Worten: Der Drosten-Test schlägt schon bei einem Ergebnis von weniger als **0,0001%** dessen, was Frankfurt für erforderlich hält positiv an!

Ein von INSTAND an 34 Laboren durchgeführter Ringversuch[7] zeigt (dort Tabelle 4) extrem wenig richtig positive Ergebnisse im Bereich von lediglich 8,8% bis 76,5%! Hier hängt die Anzahl der richtigen Ergebnisse entscheidend von der Größe des akzeptierten Bewertungsbereiches ($\pm 1.0 \log_{10}$, $\pm 0.8 \log_{10}$ oder $\pm 0.25 \log_{10}$) ab. Mit anderen Worten: 76,5% richtige Ergebnisse erhält man nur, wenn man auch Analyse-Ergebnisse zulässt, die im gewillkürten Bereich von 10% bis 1000% des erwarteten Wertes liegen. Berücksichtigt man, dass ausschließlich inaktivierte - d. h. nicht infektiöse - Proben versandt wurden, so ist spätestens mit dieser Studie bewiesen, dass der Nachweis von Virusgenom zwar in mehr oder weniger vielen Fällen gelingt, aber keinem einzigen Fall "infektiös" bedeutete! Beklagt wird, dass die Bundesregierung die Daten der zwei Folgestudien rechtswidriger Weise zurückhält[8]

---

[5] Siehe S. 5 rechts unten von https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/39_20.pdf?__blob=publicationFile / Sicherung mit Markierung https://leak6.de/yt-reuploads/2020-09-29%20RKI-Epidemiologisches_Bulletin-39_20.pdf

[6] Siehe Video https://youtu.be/XKKwmv-Rzac?t=550

[7] Siehe https://www.instand-ev.de/System/rv-files/340%20DE%20SARS-CoV-2%20Genom%20April%202020%2020200502j.pdf

[8] Siehe https://corona-blog.net/die-bundesregierung-haelt-daten-zur-fehlerquote-der-pcr-tests-zurueck-gesetzeswidrig/

Diese klar übersteigerte Empfindlichkeitsgrenze kann jederzeit durch praktisch auftretende Fehler oder geringste Verunreinigungen zur Auslösung führen. Solche kommen in Laboren auch praktisch vor und werden gleichgültig, jedenfalls ungesühnt hingenommen[9]!

3. **Fehlende sachliche Abgrenzung 'an oder mit Corona':** Zu Infektions- u. Todesfällen werden die Begleitumstände wie z. B. die Symptomatik nicht berücksichtigt. Nicht einmal die von Corona Genesenen können später aus anderen Ursachen sterben, ohne in die Zahl der Coronatoten einzufließen. Hierzu sind auch noch diejenigen hinzuzuzählen, denen Bonus getrieben - Corona untergeschoben wurde.

4. **Nicht berücksichtigter Testumfang**: Die Fallzahlen werden nicht in Relation zu der stark steigenden Anzahl der durchgeführten Tests gesetzt. Die Daten der Stichproben werden nicht auf betreffende Bevölkerungsgruppen hochgerechnet, woraus folgt, dass die nicht eine tatsächlich ermittelte Lage Entscheidungsgrundlage wird, sondern allein der vom Testumfang bestimmte Alarmismus-Umfang.[10]

5. **Fehlende personelle Zuordnung** (mehrfach berücksichtigte Zahlen)**:** Weiter wird die Generation der Panik machenden Fallzahlen betrieben, indem das mehrfache Testen derselben Personen unberücksichtigt bleibt[11], was das Exomagazin mit den Worten moniert, **Knallharte Maßnahmen trotz keksweicher Zahlen**, um danach RKI wie folgt zu zitieren:

   > "Es ist zu beachten, dass die Zahl der Tests nicht mit der Zahl der getesteten Personen gleichzusetzen ist, da in den Angaben Mehrfachtestungen von Patienten enthalten sein können."[12] Auch hier verschweigt die Bundesregierung rechtswidrig[13] und hartnäckig die Beantwortung journalistischer Nachfragen. [14]

6. **Fehlende zeitliche Abgrenzung**: In die '**7-Tages-Inzidenz**' genannten - Kaffeesatzleserei fließen nicht nur Erkrankte der letzten 7 Tage ein, sondern z. T. sogar weit über 6 Monate früher Erkrankte.[15] Zur Zahl der Coronatoten werden sogar von Corona Genesene hinzu gezählt, wenn sie auch nur einmal je positiv getestet wurden!

7. **Bewirkte Verschlimmerung** durch suboptimale Behandlung der Patienten (z. B. frühe Druckbeatmung mit Intubation, überdosierte Medikation, aus anbefohlener Angst verzögerte Forschung), Falschinformation der Bevölkerung (Vernachlässigung der Stärkung der persönlichen Immunabwehr, z. B. durch Fitness-Ratschläge, gesunde Ernährung, Vitamine, Mineralstoffe, Kräuter, Schadstoffmeidung, Bewegung, frische Luft, wohl dosiertes Sonnenlicht, Schlafbilanz, guten Mut, sozialer und rechtlicher Frieden, Vertrauen schaffende Transparenz, ...), Unterdrückung wissenschaftlicher Erkennt-

---

[9] Siehe Video https://leak6.de/yt-reuploads/2021-03-29%20BBC_Panorama-undercover_reporter_inside_one_of_the_biggest_UK-Covid_testing_labs-Secret_filming_uncovered_evidence_of_potential_contamination_and_pressure_to_hit_targets.mp4
[10] Siehe Video Michael Wieden, "Selbsttests und der Einfluss des Testumfangs auf den Inzidenzwert", https://youtu.be/0VPZ6MUKBck
[11] Siehe Video https://youtu.be/5UggH5aXRrs?t=453
[12] Siehe Video https://youtu.be/-wE2nV1iWQs
[13] Siehe Leitsatz 3, https://leak6.de/biblio/BVerwG%206_A_0002-2012%20Bundesbehoerden_minimal_presseverpflichtet.pdf
[14] Siehe Video https://youtu.be/UqrrriAnZDM
[15] Siehe Video Hendrik Pötzschke, "RKI-Zahlenfälschungen bei der Inzidenzberechnung", https://youtu.be/Xb9dpuKaDrM?t=15720

nisgewinnung (es sollte nicht obduziert werden), Spaltung der Gesellschaft durch widersinniges Handeln Ignoranz der wissenschaftlichen Kritik und Verleumdung der Kritiker, ...

8. **Willkürlich festgelegter Grenzwert**: Schließlich wurden die Inzidenz-Grenzwerte, ab welchen die generierten Zahlen zur Rechtfertigung von Maßnahmen taugen sollen ebenso willkürlich festgelegt.[16]

Diese mithilfe achtfacher Willkür generierte Panik hält an zunehmend vielen Stellen der gerichtlichen Nachprüfung nicht stand. So wird z. B. vom Wiener Verfassungsgericht moniert, dass alle drei Österreichische Kombinationen aus **PCR-Test**, **Antigentest**, **klinischen Symptomen** und **epidemiologischen Kriterien** die einen 'Fall' zum Fall werden lassen, nicht den WHO-Anforderungen genügen[17]. Weiter wird im zitierten Video gesagt,

> "Bei CT-Werten ab 24 kann man nicht mehr von dem Bestehen einer Infektionsgefahr ausgehen. ... Wir haben eine Fall-Kaskade ... der Präsident der Österreichischen Intensiv-Medizin klipp und klar sagt, dass die Zahlen falsch sind, ... dass niemand behördlich nach der Intensivbettenbelegung fragt ... und dass er selbst nicht einmal mehr auf das Dashboard schaut, eben weil die Zahlen so falsch sind ... - dann ist wirklich Feuer am Dach!"

Eine Erscheinung der Fall-Kaskadierung ist die Kontaktverfolgung: Zunächst werden kaum begründete Verdachte gemeldet, in Quarantäne gesteckt und erst daraufhin krank (melden sich krank). Viel besser wäre es anders herum, nämlich dass man Erkrankte meldet.[18]

Die deutsche Verfassungsdogmatik verbietet allen Staatsgewalten jegliche willkürliche Grundrechtsbeschneidung. Dass sie vorliegend in (mindestens) achtfacher Ausprägung nachgewiesen werden kann, belegt, dass Rechtsstaat und die 'Freiheitlich Demokratische Grundordnung' voll und ganz aus den Fugen geraten sind.

Diese Fülle des Falschen kann keinem Entscheider entgangen sein!

Einige - mutmaßlich von Lobbyisten fehlinformierte - Politiker mögen dennoch dieses vollkommen willkürlich errichtete Angstnarrativ als solches nicht erkannt haben. Weil aber die errichtete Angstschimäre zu keinem Zeitpunkt je objektiv korrekt erkennbar war, ist oder sein wird - und zwar auch nicht mithilfe der ja noch zahllos zur Verfügung stehender Mutanten - können auch nicht irgendwelche politisch entschiedene Maßnahmen das unwirkliche Problem tatsächlich lösen. Dementsprechend hilflos bis lächerlich, widersprüchlich und müßig erscheint nun jegliches Agieren dieser Verführten. Freilich wird die herbei gewillkürte Lagedarstellung des öfteren so gestaltet, dass Bevölkerung und Schicksalslenker der Versuchung nicht mehr wiederstehen können, dem Regierungs-

[16] Prof. Rupert Scholz (83, CDU, Staatsrechtler und Ex-Verteidigungsminister): "Inzidenzwerte, gleich ob 100, 35 oder 50 sind Fiktionen und damit im Verhältnis zu Freiheitsrechten blanke Willkür", https://t.me/s/CoronaObjektiv/2790
[17] Siehe Video https://youtu.be/xJs-U4Vm07c?t=1165
[18] Siehe Video "Meldomie", https://youtu.be/lknOyqHp6rg

handeln die entsprechenden Wirkungen zuzuschreiben und die dagegen sprechende Vergleiche - z. B. an anderen Ländern einfach auszublenden.

Den Wissenden Hochverrätern i.S.v. § 81 (1) Nr. 2 StGB unter ihnen steht allerdings kaum Gnade zu. Bezüglich der Legitimation zum Weitermachen ist auch der Aspekt des '**wissen Müssens**' zu erwägen!

Nun ist dringend dreierlei zu beachten:

1. Reuehemmung aus eigener Schuldbeteiligung lässt - je nach Ebene - die weitere Vergrößerung des angerichteten Schadens besorgen. Vielerorts lautet die derzeitige Frage:

   "Mitmachen oder sauber bleiben?"

   Aussteiger aus der Korruption haben es da karrieretechnisch schwer. Kollegen und Vorgesetzte müssen fürchten, verraten zu werden. Wer erwägt, sich ehrlich zu machen, mag alle anderen gegen sich wähnen. In den Reihen der Serienstraftäter im Amt dürfte eine nicht geringe **Angst vor dem Ausbruch der Gerechtigkeit** herrschen. Dennoch ist das Meiden des sicheren Untergangs alternativlos.

2. Die nicht vorhandene Befugnis zur Willkür samt aller schon ihrer Freiheitsgrade muss ein für alle mal abgesprochen werden! Die Justiz darf nicht auf ewig den damit zahllos möglichen neuen Varianten hinterherlaufen, sondern:

In Staatsnot muss die Amtsermittlungspflicht auch gegen den eigenen Dienstherren greifen!

3. Die Möglichkeiten des Exekutivhandelns wurden in den Ländern tatsächlich noch exzessiver wahrgenommen, als sie die Willkürgrenze überschritten; ebenso übereilt und dilettantisch[19], also nicht nur untauglich, sondern - mehr oder weniger klar - kontraproduktiv[20] und allemal unnötig. Die sich vorhersehbar einstellende Ermüdung führte dazu, dass Rufe zur Abschaffung des Föderalismus laut wurden - wie z. B. von Horst Seehofer und Thomas-de-Maizière[21], wobei die bis dato unmögliche Bund-Gemeinde-Finanzierung (Art. 104a, 143h GG) unter Umgehung der Länder schon seit 29.09.2020 errichtet war.[22]

Das Schadensausmaß:

Schon um ca. den 10.05.2020 herum wurde das unter der Leitung von **Stephan Kohn** aus dem Bundesministerium für Risikobewertung verfasste sog.

---

[19] RAin Beate Bahner, "Gesetze müssen klar und eindeutig sein, aber wir werden zugemüllt mit Notstandsverordnungen, wo es überhaupt keinen Notstand gibt!", siehe https://youtu.be/i_6Zt2vQn2o?t=29

[20] Siehe https://leak6.de/yt-reuploads/2020-12-07%20telegra.ph-ITS-Bettenreduzierung.pdf

[21] Siehe auf https://www.welt.de/wirtschaft/article229695277/Corona-Politik-Wolfgang-Reitzle-uebt-scharfe-Kritik-an-Bundesregierung.html das untere eingebettete Video "Merkels Drohgebärde mit dem IFSG" sowie https://www.welt.de/politik/deutschland/article229655497/Thomas-de-Maiziere-will-Verfassung-aendern-um-Ausnahmezustand-zu-ermoeglichen.html

[22] Siehe Video https://youtu.be/qe8c0nRt0Rg

KM4-Risikopapier geleakt[23]. Es besagt unter anderem, dass die Maßnahmen bereits damals mehr Tote forderten, als die angebliche Seuche.

Deutschland war schon vor Corona pleite: Unsere Regierungen brauchen die Pandemie, wie der Tintenfisch die Tinte, denn mit Einkehr klarer Sicht würden alle ihre Fehler und Bosheiten - inklusive der weiter zurückliegenden - offenbar. Zu ihnen zählen vor allem das Nichtlösen der Finanzkrise von 2009, die lediglich mit gedrucktem Geld Zeit kaufte womit ein riesiger Finanzcrash vorprogrammiert wurde. Dr. Markus Krall, der Architekt der europäischen Banken-Rating-Instrumentarien[24], sagte auf der World of Value schon am 26.10.2019:

"Die Banken haben nicht Eigenkapital von 8% auf 12% erhöht, sondern bereits 50% davon aufgelöst.[25] ... 2.500 Mrd. (nach Crash das Dreifache!) werden gebraucht, vorhanden sind aber nur (1.600).[26] ... Warnsignale an allen Ecken und Enden, wie z. B. eine [deutsche] Billion in das Interbankensystem hineingepumptes Geld.[27]"

Das Ifo-Institut meldet[28], "jedes fünfte Unternehmen stehe vor der Pleite."

Der Ökonom Daniel Stelter beziffert den wöchentlich hinzu kommenden Schaden auf "4 Mrd. Euro pro Woche[29]", was allein 2/3 des gesamten Bundeshaushalts 2018 ist! Neuere Zahlen weisen für 2020 ein Defizit von 189,2 Mrd. Euro aus, nach einem Plus von 45 Mrd. Euro in 2019[30], was einen Haushaltsschaden von 75% darstellt! Und die privaten Vermögensschäden kommen auch noch hinzu!

Dass das den Amtseid orientierende Landeswohl nicht einmal nach Art. 14 (2) GG ("Eigentum verpflichtet. Sein Gebrauch soll zugleich dem Wohle der Allgemeinheit dienen.") dahin führt, gegen die im Lockdown wettbewerbsbevorteiligten ausländischen Big-Player (Amazon & Co.) eine Solidaritätssteuer zu diskutieren, kann jedenfalls nicht aus medizinischen Gründen der Pandemie erklärt werden.

Zum menschlichen und pekuniären Totaldesaster treten weiter hinzu: die Gewöhnung an den Unrechtsstaat, Ermüdung sowie die Sehnsucht nach einem Ende und einer starken Hand, die das zu schaffen verspricht.

Weiter hinzu tritt, dass 'die Fülle des Falschen' in breitem gesellschaftlichen Diskurs erkannt und aufgearbeitet werden muss, um die Geschichte nicht zu wiederholen. Nur auf ein richtig erkanntes Problem kann die richtige Reaktion entwickelt werden. Hierzu hat der in zivilcouragiert gegründete Corona-

---

[23] Siehe https://leak6.de/yt-reuploads/2020-05-10%20BMI-KM4-51000-29_2%28Dokument93%29.pdf
[24] Siehe Video https://youtu.be/RAaMvmr1220?t=1120
[25] Siehe Video https://youtu.be/RAaMvmr1220?t=1195
[26] Siehe Video https://youtu.be/RAaMvmr1220?t=1940
[27] Siehe Video https://youtu.be/RAaMvmr1220?t=2130
[28] Siehe https://www.mmnews.de/wirtschaft/161655-ifo-jedes-fuenfte-unternehmen-vor-pleite
[29] Siehe Video https://twitter.com/ChristianHJW/status/1367599267670540292
[30] Siehe Video https://youtu.be/oXQzpreYrIs?t=238

Untersuchungsausschuss[31] (Stand: 27.04.2021) über 174 Stunden Videomaterial (überwiegend Beweisaufnahme) und 34.123 Wistleblower-Meldungen zusammengetragen. Das **Amtsgericht Weimar** hat auf (mit Presseanlagen) über 750 Seiten[32] herausgearbeitet,

"**Es gab keine 'epidemische Lage von nationaler Tragweite**'"

sowie (noch wichtiger), dass

"das Gericht [genauer: jedes Gericht!] selbst über die Verfassungsmäßigkeit der Normen zu entscheiden hatte, weil die Vorlagepflicht gem. Art. 100 Abs. 1 GG[33] nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (grundlegend Leitsatz 1 von BVerfGE 1, 184 (195ff)[34] nur für förmliche Gesetze des Bundes und der Länder, nicht aber für nur materielle Gesetze wie Rechtsverordnungen gilt."

Dr. Pieter Schleiter (sinngemäß), "Viele Richter wissen nicht: Wer die Anwendung von Verordnungen für verfassungswidrig hält, kann und darf die VOs nicht höheren Ortes vorlegen; sondern muss selbst ihre Anwendung mit Begründung verneinen."[35], was damit gleichbedeutend ist, dass "Nach Verfassungsdogmatik Regierungshandeln und Verordnungen unwirksam sind, ein rechtliches Nullum."[36]

Über ein Jahr ist Deutschland
unterwegs im rechtlichen Niemandsland,
auf dem Weg zur völligen Orientierungslosigkeit.

Am 18.11.2020 wurden durch die nach Art. 1 (3) GG selbst an die Grundrechte gebundene Gesetzgebung mit dem Infektionsschutzgesetz zahlreiche Grundrechte der Artikel 2, 8, 10, 11 und 13 eingeschränkt und angesichts der hier oben dargelegten acht Willkür-Freiheitsgrade die exekutive und legislative Willkürherrschaft im wahrsten Sinne des Wortes: 'entbunden' und sogar die Menschenwürde antastbar gemacht!

Das Überwinden des Mittelalters haben wir der Erfindung der Buchdruckerkunst, Reformation und Aufklärung zu verdanken. Wissenschaftliche Grundsätze der wahren Kausalität, Überprüfbarkeit, Transparenz und Dialogkultur brachten uns die Freiheitsmöglichkeiten zur Umsetzung der besseren Idee, Fortschritt, Rechtsstaatlichkeit und Wohlstand. Nicht zuletzt war es auch das Grundgesetz mit all seinen Grundrechten, welches uns über 70 Jahre Frieden, Freiheit und Sicherheit garantierte, woraus auch ein Schutz vor Missbrauch der modernen technischen Möglichkeiten, erwuchs, wie z. B. gentechnische Ethik, Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung. Nun aber steht all dies im Feuer, nicht gewählte Interessengruppen planten[37] und erzeugten eine galoppierende Angst und die Bundesregierung beauf-

[31] Siehe https://corona-ausschuss.de/
[32] Siehe https://leak6.de/biblio/AG-Weimar%206_OWi-523_Js_202518-2020.pdf
[33] Siehe https://dejure.org/gesetze/GG/100.html
[34] Siehe https://leak6.de/biblio/BVerfGE%20001-184%20Normenkontrolle_I.pdf
[35] Siehe Video https://youtu.be/dy7Q_WAMlsc?t=2458
[36] Siehe Video https://youtu.be/c_425dPMe8k?t=498
[37] siehe Paul Schreyer: "Pandemie-Planspiele – Vorbereitung einer neuen Ära?" https://youtu.be/SSnJhHOU_28

tragte[38] dazu das so genannte, wissenschaftlich anmutende Strategiepapier[39]. Ergebnis: Nun sind wir alle nicht mehr im Genuss der Unschuldsvermutung, sondern allein: weil wir atmen sind wir schon angebliche Gefährder. Die Bedingungen des § 2 IfSG auch nur ansatzweise zu beachten wäre bei echter Lebensangst noch verständlich, doch mittlerweile stehen fast alle Funktionsträger - einschließlich der Richter - lediglich in der gezielt verbreiteten Angst vor rechtlichen ggf. wiederum gewillkürten Konsequenzen.

Auch die systematische Entwürdigung von Menschen durch den Zwang des Tragens untauglicher Masken ist klar und einfach erkennbar.

1. **Es ist entwürdigend, Menschen das Einführen der eigenen Exkremente aufzuzwingen - und beleidigt ihren Schöpfer!**
   "**Alles, was Odem hat, lobe den HERRN!** (Die Bibel, Psalm 150,6)"
   Hierzu zählt auch die CO_2-Rückatmung durch die ausschließlich ohne Einlassventil erhältlichen Masken, die insbesondere bei Kindern im stundenlangen Unterricht über die ethischen, pädagogischen und rechtlichen Dimensionen hinausgehend auch noch gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen mit sich bringt.

2. 46 gelistete Studien[40] belegen die medizinische Nutzlosigkeit bzw. Schadwirkung von Masken und schon einfache Logik entlarvt die zur Begründung bemühte Hauptwirkung - den Fremdschutz - als negativ (siehe "**das Maskenparadox**[41]"). Dem Wissenden ist Maskentragen verboten: Der Feuerwehrmann darf nicht mit Benzin löschen, der Arzt nicht mit Zyankali heilen und auch nicht gegen das Genfer Gelöbnis[42] verstoßen.

3. Mangels des (ja unmöglichen) Nachweises der Tauglichkeit der aufgezwungenen Masken muss erkannt werden: Masken dienen in Wahrheit der Unterwerfungsbekundung. Sie sind **die** Propagandawaffe im Propagandakrieg - ihr Tragen darf nach Art. 4 GG verweigert werden.

4. Der Maskenzwang widerspricht nicht nur dem Schikaneverbot aus § 226 BGB, sondern stellt ein Verbrechen gegen die Menschlichkeit - genauer: gegen das Menschsein als solches, was heißt gegen die Menschheit dar. Masken schränken das Sichtfeld ein, erhöhen den Atemwiderstand und halten die Menschen in Angst und Schrecken. Solche Maßnahmen dürfen nur kurzfristig verhängt werden und auch nur dann, wenn sie mit einer guten Begründung tauglich sind, eine für die Allgemeinheit bestehende tatsächlich sehr hohe Gefahr zu vermindern.

5. Folter bleibt Folter - egal aus welchem Motiv sie angewandt wird. Folter[43]. Der vollkommen unnötige Zwang des Rückatmens eigener Exkremente kann vom Wissenden nicht deshalb akzeptiert werden, weil sich

---

[38] siehe https://www.welt.de/225868061, sowie die Videos: https://youtu.be/ZLt_AkzsVq8 + https://youtu.be/XC8tJnom3rs
[39] siehe http://leak6.de/yt-reuploads/2020-04-28%20BMI-Corona-Strategiepapier_wie_2020-03-22_aber_ohne_Verschlusssache.pdf
[40] siehe http://www.aerzteklaerenauf.de/masken/index.php / Sicherung: https://leak6.de/yt-reuploads/Ae_f_A-Die_Evidenzlage_zu_MNBs.htm
[41] siehe https://www.bitchute.com/video/N2IiEHWljwFf/
[42] siehe https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf
[43] siehe https://leak6.de/yt-reuploads/2021-04-03%20RA_Ralf_Ludwig-Rede_Stuttgart.pdf

die selbst zur Gewaltausübung befugt erklärenden bewusst oder unbewusst dilettantisch anstellen.

Auch Flucht in Dummheit legitimiert nicht Entwürdigung.

Die Würde des Menschen ist unantastbar. Die Behauptung, Leben zu retten rechtfertigt nicht, an anderer Stelle Leben zu zerstören.

Auch die übrigen staatlichen Maßnahmen, wie Lockdowns - gleich unter wie auch immer kreativen Namen ("Locki-light", "Wellenbrecher-Lockdown", "Notbremse", "Brücken-Lockdown", "Dauerwellen-Lockenwickler", ...) - sind als untauglich erwiesen, die Krankheit einzugrenzen. Kein einziger Staat der Erde konnte sich die Seuche vom Land halten, auch 'Distancing' konnte die Ausbreitung bestenfalls geringfügig verzögern. RA Ralf Ludwig weiter: "Solange die Maßnahmen nicht alternativlos sind (siehe Schweden, Florida, Texas usw.) sind sie ausschließlich erniedrigende Behandlung." Aber selbst die einfachsten Alternativen, wie Gurgeln, Vitamine, Bewegung, freiwillige Achtsamkeit und froher Lebensmut werden sträflich unangesprochen belassen.

Dabei ist anhand der gedungenen Mietmäuler[44], welche alle kritischen Geister - einschließlich der Person des Antragstellers - ohne jeden Beleg als Nazis, Schwurbler oder Coronaleugner verunglimpfen und nachgewiesener Inszenierungen[45] nicht anzunehmen, dass die Mächtigen, die sich ihre Macht mit unlauteren Mitteln griffen, sich freiwillig läutern werden und den Bürgern ihre Rechte wieder herschenken. Zu diesen gehören im Übrigen auch die öffentlich-rechtlichen Medien[46], welche eben deshalb auch keine explizite Weisung benötigen. Ihnen genügt es zu wissen, welches Spiel gespielt wird.

Wer am verbreiteten Narrativ nicht zweifeln will, darf sich jedenfalls keine der beispielhaft 88 gelisteten Kardinalfragen[47] zu eigen machen.

Nicht allein der deutsche Rechtsstaat ist im Begriff, sich aufzulösen. Dass die sich selbst Ermächtigenden solches zugäben, solange dieser Prozess noch nicht unumkehrbar ist, wäre naiv anzunehmen. Schließlich bezeichnen sich unzählige Diktaturen auf der Welt selbst gern als Demokratie. Nach Jahrzehnten der Wohlstandsmehrung und des technischen Fortschritts in Frieden und Freiheit ist nun ein Schaden in nie gekannter Höhe zu besorgen. Vorausgehend war eine ungezügelte Vermögensumverteilung **von Fleißig nach Reich**,[48] welche eine undemokratische Kumulation der Macht bewirkte. Hierbei versagte die Presse vollends, Kirchen ließen es zu, dass christliche Werte in Vergessenheit gerieten und Juristen erlaubten es, das Wesen der freiheitlich demokratischen Grundordnung aus dem Auge zu verlieren, so sie nicht sogar selbst an der fortschreitenden Dekadenz beteiligt waren, bzw. noch sind.

[44] Die Bundesregierung einigt sich auf eine Milliarde Euro für „Kampf gegen Rechts“ https://jungefreiheit.de/politik/deutschland/2020/kampf-gegen-rechts1/
[45] siehe z. B. das Stürmchen auf den Reichstag: https://youtu.be/e2fhPwYrdzw
[46] siehe Video https://youtu.be/irDCJHvkylM?t=310
[47] Mindestens 88 hier: https://leak6.de/yt-reuploads/Kardinalfragen.htm
[48] Siehe Rico Albrecht: https://www.wissensmanufaktur.net/media/pdf/compact-zinsen-rico-albrecht.pdf

Zusammenfassung und Konsequenzen:

Die medizinische Bedrohungslage ist weit geringer, als offiziell dargestellt und wäre ohne weiteres mit herkömmlichen Mitteln zu beherrschen.

Das Narrativ, die Corona-Seuchen-Gefahr mit alleiniger Priorität abwenden zu müssen, ist unbegründet.

Die Panik wurde willkürlich heraufbeschworen, offensichtlich um allen anderen Aspekten des Lebens die ihnen zustehende Würdigung (sorgfältige Beachtung) versagen zu dürfen.

Die dauerhafte Abschaffung unserer Grundrechte unserer 'Freiheitlich Demokratischen Grundordnung' und unserer gesellschaftlichen Verfasstheit insgesamt ist zu besorgen.

Die Regierung hat seit langem die letzte Ausfahrt von ihrem Weg zur Hölle verpasst und ist seitdem aus Gründen der Selbsterhaltung zur Lügenfortführung verdammt.

Die Fülle des Falschen ist mittlerweile jedermann offensichtlich.

Das Regierungshandeln ist nicht allein verfassungswidrig und damit nichtig, sondern kollidiert außerdem mit Völkerrecht, guten Sitten, der errungenen Ethik und unzähligen einfachgesetzlichen Standards.

Da das Gemeinwohl nicht mehr von der zum Falschen verdammten Exekutive gewährleistet werden kann,

ist die Gehorsamspflicht des Bürgers ausgesetzt und
das Widerstandsrecht allen Deutschen eröffnet.

Das Gemeinwohl muss fortan von den Subjekten der Gemeinschaft selbst in bester Anwendung der bekannten guten Sitten verfolgt werden!

Zu diesen zählen insbesondere alle gesellschaftlichen Konsense, die für den Status zutreffender Informiertheit als gegeben zu vermuten sind:

Der Starke schützt den Schwachen,
der Sehende führt den Blinden und
der Wissende lehrt den Wissbegierigen.

Joachim Baum, 25.08.2017

Das Grundgesetz hätte mit seinem Rahmen des Rechtmäßigen den Weg zum Richtigen garantieren können - so nicht die Delegierten des Volkes ihrer Selbstentmachtung zustimmten, nur um weiter dabei zu sein!

Die Wahrheit braucht keine Gewalt.



Scharfe Kritik an Corona-Extrawurst für Bundestag | „Ungerecht!“, „Frechheit!“, „Unverschämtheit!“

Bürger gelten nur drei Monate als genesen, Abgeordnete im Parlament sechs



Alle Abgeordneten behalten weiter den Genesenenstatus, sofern ihre Corona-Erkrankung nicht länger als sechs Monate zurückliegtFoto: AFP/Getty Images

Artikel von: NIKOLAUS HARBUSCH, HANS-JÖRG VEHLEWALD, NADJA ASWAD, Filipp Piatov und Ralf Schuler veröffentlicht am **26.01.2022 - 09:15 Uhr**

Corona-Extrawurst für die 736 Abgeordneten des Deutschen Bundestags.

Seit 14. Januar werden nur noch jene Bürger offiziell als genesen anerkannt, die in den vergangenen DREI Monaten eine Corona-Infektion überstanden haben. Bis dahin galt eine SECHS-Monate-Regel.

Doch die vom Robert-Koch-Institut verhängte drastische Verschärfung gilt ausgerechnet im Plenarsaal des Reichstags NICHT.

Linnemann über Corona-Regeln
Sogar der Toilettengang ist im Bundestag geregelt

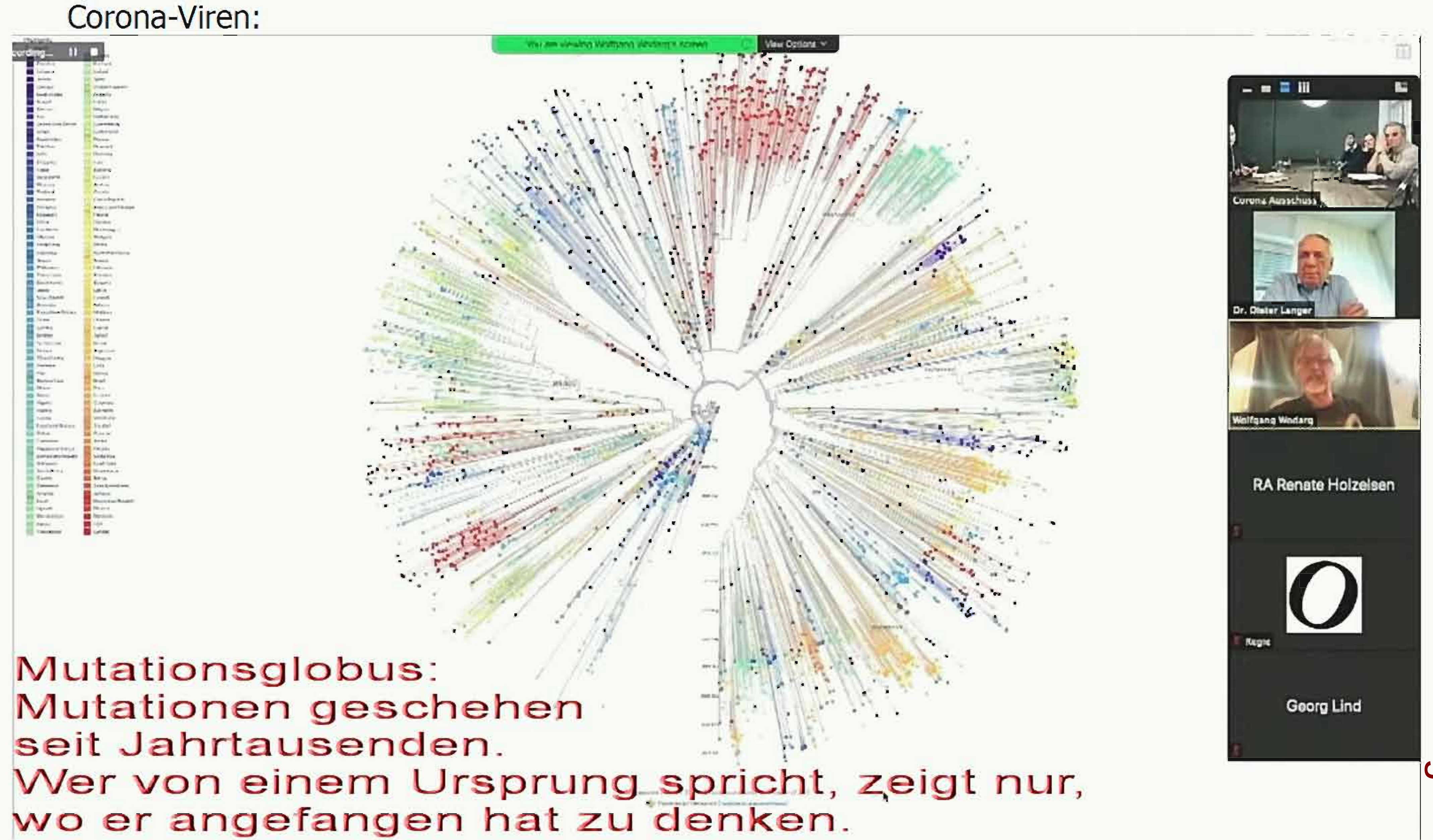


Es ist ein Hammer: Alle Abgeordneten behalten weiter den Genesenenstatus, sofern ihre Corona-Erkrankung nicht länger als sechs Monate zurückliegt. Dies betreffe den Zugang zum Saal und zu den Ausschüssen, bestätigt der Bundestag auf BILD-Anfrage. Prinzipiell gilt 2G-plus im Parlamentssaal: Zutritt haben Geimpfte und Genesene mit zusätzlichem Test oder Booster.

DAS habe Bärbel Bas (SPD) im Hausrecht per Allgemeinverfügung so geregelt, hieß es gegenüber BILD.

- Leerseite -

Anlage B306



Corona-Viren:
View Options
Corona Ausschuss
Dr. Dieter Langer
Wolfgang Wodarg
RA Renate Holzeisen
Regie
Georg Lind
Mutationsglobus:
Mutationen geschehen
seit Jahrtausenden.
Wer von einem Ursprung spricht, zeigt nur,
wo er angefangen hat zu denken.

- Leerseite -

Anlage B307

MÜNCHENER SICHERHEITSKONFERENZ

Bill Gates vs. Karl Lauterbach: Omikron hat mehr gebracht als die Impfung

TICHYS EINBLICK VON **REDAKTION** Fr, 18. Februar 2022

Bill Gates sagt auf der Münchener Sicherheitskonferenz, dass die Omikron-Variante in der Corona-Pandemie „bessere Arbeit" geleistet habe als die Impfung.





picture alliance/dpa | S. Hoppe / IMAGO / C. E. Janßen

Jetzt muss Karl Lauterbach tief durchatmen. Denn Bill Gates hat auf der Münchener Sicherheitskonferenz deutlich gemacht: Die Omikron-Variante hat mehr zur Bekämpfung von Corona beigetragen als die Impfstoffe. Das ist besonders harter Tobak, gilt Gates doch als einer der großen Verfechter von Vakzinen und deren weltweitem Einsatz. Wörtlich sagte er: „Wir waren nicht besonders gut darin, Therapeutika zu entwickeln." Beim nächsten Mal sollte man besser sein. Und in Bezug auf die Immunität der Bevölkerung gestand er ein: „Leider hat Omikron eine bessere Arbeit geleistet als die Impfung."



GRÜNER GESUNDHEITSPOLITIKER DAHMEN:

„Eine dauerhafte Rückkehr zur Freiheit gibt es nur mit der Impfpflicht“

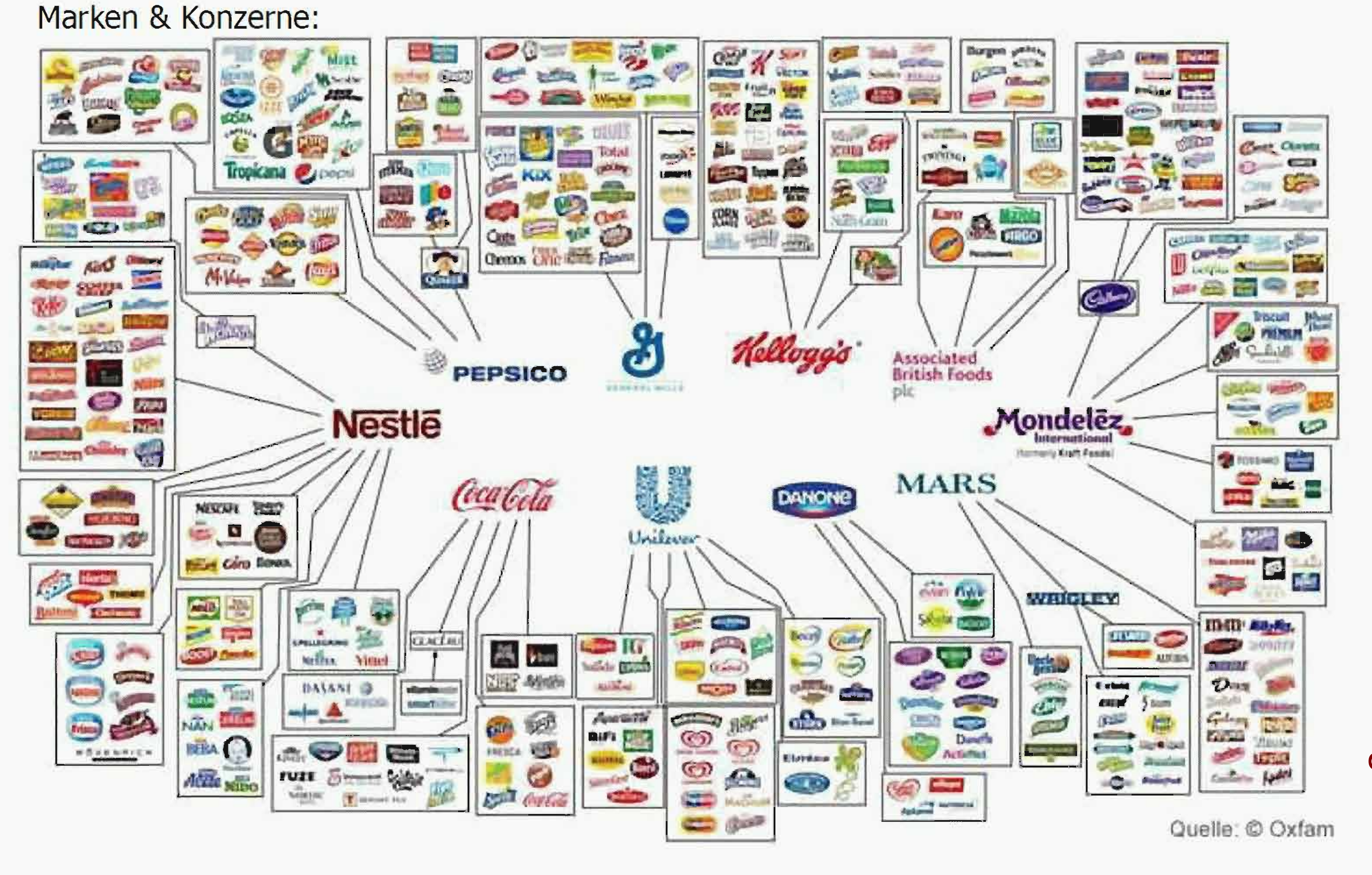
Während Gates noch im Dezember die schnelle Verbreitung der neuen Virus-Variante skeptisch beurteilt und deshalb eine Auffrischungsimpfung empfohlen hatte, änderte der Milliardär seine Entstellung Anfang des Jahres. Der Microsoft-Gründer äußerte sich optimistisch darüber, dass die Omikron-Variante das Ende der Pandemie bedeuten könnte – anders als der Harvard-Lehrer Lauterbach, der jetzt im Nachhinein behauptet, er sei schon immer der Meinung gewesen, Omikron sei harmloser als die Delta-Variante. Indes Medien und Lauterbach weiter an der Panikschraube drehten, stellte Gates im Januar heraus, dass die Krankheit den Status einer saisonalen Grippe bekommen könnte.

Vom Booster-Befürworter zum relaxten Corona-Verharmloser? Während die Bundesregierung Impfvorräte wie ein ängstliches Eichhörnchen gehortet hat, muss sich Lauterbach fragen, wie viele internationale Fürsprecher es für eine internationale Kampagne gegen Corona überhaupt noch gibt. Das Gewicht des Gründer der *Bill & Melinda Gates Foundation* in der Corona-Krise war enorm. Auch hier deutet sich an, dass sich der Wind dreht.

Wenn Impfbefürworter Gates die Segel streicht, bleibt nur noch der nationale Sonderweg. Zwar ist nicht davon auszugehen, dass der Impfaktivist an der prinzipiellen Überlegenheit der eigenen Vakzinstrategie zweifelt. Doch die Impfstrategie Lauterbachs und der Bundesregierung, sowie zahlreicher Abgeordneter, die eine allgemeine Impfpflicht ab 18 für Covid-19 fordern, hat er damit komplett desavouiert.

Anlage B308

Marken & Konzerne:



Quelle: © Oxfam

- Leerseite -

Anlage B309

17.03.2010

Forschung und mentale Prostitution

Essay von Günter Ropohl

Wissenschaften sind verführbar. Gerade deshalb ist ihre Unabhängigkeit so wichtig.

„Warum verachtet man Menschen, die ihren Körper verkaufen? Wo es doch offenbar niemand anstößig findet, dass andere ihren Geist verkaufen!" Das sagte, vor mehr als 50 Jahren, mein damaliger Deutschlehrer vor versammelter Klasse im christkatholischen Köln. Diese seinerzeit höchst provokante Äußerung habe ich mein Leben lang nicht vergessen. Gewisse Entwicklungen in der Wissenschaft nähren in mir den Gedanken, dass heute immer mehr Forscher ihren Geist verkaufen, also gewerbsmäßig der mentalen Prostitution nachgehen. Dieser Verdacht drängt sich immer dann auf, wenn Wissenschaftler ein bestimmtes Fachproblem, das bei nüchterner Betrachtung keineswegs gelöst ist, in der Öffentlichkeit so darstellen, als hätten sie die endgültige Antwort darauf gefunden; und wenn sie abweichende Minderheitsmeinungen mit allen nur denkbaren Manipulationstaktiken als unseriös und abwegig zu diskreditieren und zu unterdrücken versuchen, als müssten sie befürchten, die „Hure von nebenan" mache ihnen die Kunden abspenstig. Aus der Vielzahl von Beispielen greife ich drei aktuelle Fälle heraus, die längst aus der innerwissenschaftlichen Debatte herausgetreten sind und einen leidenschaftlichen Streit um politische Interventionen ausgelöst haben. Das sind der „Cholesterin-Fall", der „Tabak-Fall" und der „Klima-Fall". Gegenwärtig scheint sich überdies der Schweinegrippen-Fall abzuzeichnen, der freilich noch zu jung ist, als dass er schon abwägend beurteilt werden könnte.
Es ist natürlich kein Zufall, dass diese Fälle allesamt die Werte der Gesundheit und der Umwelt berühren. Diese Werte sind zum ersatzreligiösen Fetisch verweltlichter Zeitgenossen geworden, die gleichwohl erziehungsbedingt an ideologische Fixpunkte glauben wollen. (1) Ist es ansonsten die Lust, mit der die gewöhnliche Prostitution ihre Geschäfte macht, kann die mentale Prostitution auf die Angst bauen, die sich als Grundbefindlichkeit moderner Menschen seuchenhaft verbreitet hat. In knappen Zügen will ich die drei Fälle skizzieren.

Der Cholesterin-Fall

Mitte des vergangenen Jahrhunderts kommt die Vorstellung auf, Cholesterin habe besondere Bedeutung für die Gesundheit und Lebenserwartung. Bestimmte Arten der Nahrung (besonders Fett, Fleisch und Eier) bewirken, so die Hypothese, einen überhöhten Cholesterinspiegel im Blut. Das führe zur Verstopfung bestimmter Blutbahnen, der Arterien, und die daraus folgende Störung des Blutkreislaufs könne Herz- und Gehirndefekte auslösen. Später erkennt man zwar, dass es zwei verschiedene Arten von Cholesterin gibt, die nun getrennt gemessen werden, doch ist nach wie vor die Ansicht verbreitet, dass zumindest das „schlechte" Cholesterin bei erhöhtem Vorkommen gefährlich sei. Den Betroffenen raten Ärzte und Gesundheitsfunktionäre noch immer, die Ernährung umzustellen und cholesterinsenkende Medikamente zu nehmen.

In den zurückliegenden Jahrzehnten haben Tausende von Medizinern und Ernährungswissenschaftlern eine Fülle von Untersuchungen angestellt, um die skizzierte Hypothese zu beweisen, und „Studien", die das mit allen möglichen Statistiken scheinbar leisten, finden im Gesundheitssystem (Fachveröffentlichungen, Fachgesellschaften, Ärzte, Apotheken, Gesundheitspolitiker, Ernährungsberater) überragende Beachtung. Auch die amerikanisch dominierte Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich dieser Auffassung angeschlossen. Gleichwohl gibt es Kritiker, die an der Aussagefähigkeit der „Studien" zweifeln und auf andere Untersuchungen verweisen, in denen die Hypothese widerlegt wird. (2) Solche kritischen Stimmen aber werden von den Vertretern der herrschenden Meinung kaum zur Kenntnis genommen und nicht selten regelrecht unterdrückt, indem ihnen beispielsweise die Publikation in führenden Zeitschriften versagt wird. Eine wissenschaftliche Hypothese, die sich offenbar noch längst nicht bewährt hat, wird zum Dogma der Ernährungs- und Medikationsberatung erklärt, und die Hüter der „reinen Lehre" bekämpfen die „Abweichler" mit allen nur denkbaren Mitteln, statt sich in offener und fairer Diskussion mit ihnen auseinanderzusetzen.

Der Tabak-Fall

Ein zweites Beispiel ist die Hypothese vom Passivrauchen. Nach einem zunächst folgenlosen Vorspiel im nationalsozialistischen Deutschland wird in den USA um 1970 von Tabakgegnern die Behauptung aufgegriffen, die Rauchpartikel, die beim Abbrennen von Tabakwaren an die Umgebungsluft abgegeben werden, würden bei Nichtrauchern, die diesen Rauch unfreiwillig einatmen, zu erheblichen Gesundheitsgefährdungen führen. Offensichtlich haben die Tabakgegner diese Annahme bloß deswegen in die Welt gesetzt, um die Nichtraucher gegen die Raucher aufzuwiegeln und damit Mehrheiten für eine umfassende Tabakprohibition zu gewinnen. (3)
Erst später sind dann zahlreiche statistische Untersuchungen angestellt worden, die nach Ansicht der Tabakgegner die Gefährlichkeit des „Passivrauchens“ beweisen. Auch die bereits erwähnte Weltgesundheitsorganisation hat derartige „Studien“ finanziert und auf dieser Grundlage zum weltweiten „Kreuzzug gegen das Rauchen“ aufgerufen. Skeptiker dagegen zweifeln aus guten Gründen an der Seriosität der Statistiken(4), aber sie werden nicht selten mit dem Vorwurf diskreditiert, sie ständen im Sold der Zigarettenindustrie. Doch umgekehrt wird ein Schuh daraus: Es sind die alarmistischen Tabakforscher und Gesundheitsfunktionäre, die sich für ihre Kassandrarufe mit Unsummen öffentlicher (und möglicher Weise auch privater) Gelder aushalten lassen. Auch hier ist ein Dogma aufgestellt worden, das gegen alle Einwände hartnäckig verteidigt wird und die Politik inzwischen weltweit zu drakonischen Rauchverboten veranlasst hat.

Der Klima-Fall

Das dritte Beispiel handelt vom menschengemachten Klimawandel. Hatte es in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts nur vereinzelte und wenig beachtete Hinweise gegeben, verbreitete sich nach 1950 die Auffassung, die erdnahe Atmosphäre werde immer wärmer, weil die Menschen mehr und mehr Gase, besonders CO2, freisetzen, die eine Abstrahlung der Sonnenwärme in den Weltraum behindern und damit den sogenannten Treibhauseffekt verursachen. Von der globalen Erwärmung werden katastrophale Auswirkungen erwartet: Die bisherigen Klimazonen veränderten sich, Wirbelstürme und Unwetter vermehrten sich dramatisch, der Meeresspiegel steige an, und zahlreiche teilweise dicht bevölkerte Küstenregionen würden überflutet.
Hatte es um 1950 weltweit nur ein paar Hundert Klimaforscher gegeben, sind es heute Tausende, die, von gewissen Politikern mit ansehnlichen Finanzmitteln versehen, immer neue Statistiken und Vorhersagen hervorbringen, mit denen sie das Horrorszenario der „Klimakatastrophe“ heraufbeschwören. Seit 1988 haben sich diese Berufspessimisten in einem „Zwischenstaatlichen Ausschuss über den Klimawandel“ (IPCC) zusammengeschlossen, der vom Umweltprogramm der Vereinten Nationen (UNEP) gemeinsam mit der Weltorganisation für Meteorologie (WMO) eingerichtet wurde. Mit solcher internationalen Unterstützung beherrscht dieser Weltklimarat internationale Konferenzen, hat große Teile der Medien und der Politik für sich eingenommen und gebärdet sich wie weiland das Heilige Offizium der katholischen Kirche, das bekanntlich auch das Wahrheitsmonopol für sich in Anspruch genommen hatte. So behaupten Anhänger des IPCC, es gäbe keine ernst zu nehmenden Gegenmeinungen, weil sie ja sonst in anerkannten Fachjournalen zu lesen wären; dabei verschweigen sie, dass sie selbst mit ihren Gutachtermehrheiten dafür sorgen, dass Texte von Dissidenten bei diesen Zeitschriften durchweg abgelehnt werden. Tatsächlich aber gibt es zahlreiche Wissenschaftler, die dem Dogma von der Klimakatastrophe energisch widersprechen. (5)

Strukturwandel der Wissenschaft

Diese drei Beispiele – denen weitere hinzugefügt werden könnten – zeigen deutliche Gemeinsamkeiten:

— Man behauptet eine Bedrohung für Mensch und Natur.

— Man rüttelt damit Geldgeber auf und lässt sich zahlreiche statistische Untersuchungen finanzieren, um die Bedrohung zu beweisen (obwohl statistische Zusammenhänge überhaupt keinen Beweis für tatsächliche Ursachen liefern können).

— Man schafft Meinungsmehrheiten in der Fachwelt und besetzt damit die öffentliche Meinung, der dann alsbald die Politiker folgen.

— Man erzeugt unentwegt neue Unheilsprognosen, um die Politiker auf weitere Förderung und auf drastische Präventionsstrategien einzuschwören.

— Man diskreditiert und unterdrückt abweichende Stimmen von Gegenexperten.

Dieses immer wiederkehrende Muster verweist auf einen historischen Strukturwandel in der Wissenschaft. In idealtypischer Stilisierung: An die Stelle der akademischen Wissenschaft tritt nun die postakademische Wissenschaft. Die akademische Wissenschaft, vorwiegend von den Universitäten gepflegt, war ein Kennzeichen der Neuzeit bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts. Ihre Funktionsbedingungen hat Wilhelm von Humboldt in die einprägsame Formel „Einsamkeit und Freiheit" gefasst, und selbstverständlich war ein gemeinwohlorientierter Staat dafür zuständig, die notwendigen Kosten zu bestreiten. Der einzelne Gelehrte, frei von finanziellen und ideologischen Zwängen, folgt allein seiner theoretischen Neugier, wenn er Beobachtungen erklären, Zusammenhänge deuten und das Wissen in Theorien systematisieren will.
Dieser Prototyp hat sich in vielen herausragenden Persönlichkeiten verkörpert. Statt langer Listen, mit denen die Wissenschaftsgeschichte sich schmücken kann, nenne ich beispielhaft bloß zwei: Albert Einstein und Max Weber. Beide, das ist schon mehrfach festgestellt worden, hätten in der gegenwärtigen Forschungslandschaft einen schweren Stand und kämen heute angesichts fortwährender Antrags- und Bewertungsprozeduren womöglich gar nicht mehr dazu, ihre genialen theoretischen Entwürfe zu entwickeln. Liegt es wirklich nur an einer zeitperspektivischen Täuschung, wenn derart überdurchschnittliche Figuren, die ja schon zu Lebzeiten große Anerkennung fanden, in der aktuellen Wissenschaftsszene kaum mehr auszumachen sind?
Seit rund 50 Jahren verbreitet sich, was man als postakademische Wissenschaft ansehen kann. Es gibt Wissenschaftsforscher, die stattdessen von einer „post-normal science" (post-normale Wissenschaft) oder „knowledge production in MODE 2" (Wissenserzeugung vom Typ 2) sprechen und dafür die verschiedensten Kennzeichen heranziehen. (6) Besondere Merkmale der postakademischen Wissenschaft sind in meiner Einschätzung:

— Die Organisation der Forschung in Form auftragsabhängiger, zeitlich befristeter Projekte.

— Ein beträchtlicher finanzieller und personeller Umfang sowie die ausgeprägte Arbeitsteiligkeit der Forschungsvorhaben.

— Die disziplin- und institutionsübergreifende Zusammenarbeit der Wissenschaftler.

— Ein ausgeklügeltes Schema von vorbereitenden, begleitenden und abschließenden Beurteilungsverfahren („Evaluationen") für eine wie immer verstandene Qualitätskontrolle.

Betriebsamkeit und Zwang

Wissenschaft arbeitet nicht mehr unter Bedingungen der Einsamkeit und Freiheit, sondern verkörpert Betriebsamkeit und Zwang. Betriebsamkeit äußert sich in den verschiedensten Formen der Kollektivierung. Es gibt nicht mehr den selbstständigen einzelnen Denker, sondern fach-, orts- und länderübergreifende Arbeitsgruppen („cluster"), die sich unter der Ägide von Koordinatoren unentwegt in Werkstattgesprächen („workshops") und Präsentationskonferenzen austauschen. Das führt zu einer ausgeprägten „Taylorisierung" der wissenschaftlichen Arbeit: Projektleiter planen und steuern den Forschungsprozess, Mitarbeiter erledigen abgegrenzte Teilaufgaben, und Gutachter überwachen Termineinhaltung und Produktausstoß. Wie jeder andere Betrieb unterliegt auch die Wissensproduktion der Ökonomisierung: Erkenntnis wird nicht mehr um ihrer selbst willen gesucht, sondern nur noch, um weitere Ressourcen in den Forschungsbetrieb zu lenken. Und der Einsatz von Zeit und Geld lohnt sich nur dann, wenn dadurch verwertungsfähige Erträge hervorgebracht werden.
In diesen Organisationsprinzipien sind etliche Zwänge begründet. Da ist zunächst der Vernetzungszwang, der die mitwirkenden Personen kaum zu eigenen Ideen anregt, sondern sie in die Konformität des Arbeitskollektivs einpasst und überdies zu fortgesetzten Reiseaktivitäten veranlasst. Statt sich auf Fachprobleme zu konzentrieren, vertut man viel Zeit mit „angewandter Verkehrsmittelforschung". Dann gibt es den Legitimierungszwang, weil sich jeder Arbeitsschritt und jedes Resultat vor den Kontrollinstanzen der Projektorganisation als „ertragreich" ausweisen muss. Ferner unterliegt man dem Akquirierungszwang, weil man nur forschen kann, wenn man dafür Geldgeber gewinnt, die meist schon im Voraus wissen wollen, welche Forschungsergebnisse man zusagen kann und wofür die gut sein werden.
Da die Projekte zeitlich befristet sind, muss man schon vor Ablauf des einen Projektes das Konzept eines neuen Vorhabens entwerfen und dafür wieder Finanzmittel einwerben, um die weitere Beschäftigung der Mitarbeiter sicherzustellen. Für die systematische Entwicklung und Verfeinerung umfassender Theoriezusammenhänge lässt die Projektgeschäftigkeit einfach keine Zeit mehr. Schließlich steht man unter dem Verifikationszwang, jedes Arbeitsergebnis als unbezweifelbare Wahrheit hinstellen zu müssen: Was viel Geld und Zeit gekostet hat, darf doch nicht mehr bestreitbar

sein! Mit jedem öffentlich geäußerten Selbstzweifel würde man die eigene Glaubwürdigkeit bei den Geldgebern untergraben und die Chancen für weitere Projektaufträge verringern.

Drittmittelwerbung statt Kreativität

Diese Zwänge aber führen zur strukturellen Käuflichkeit der Wissenschaft. Wenn man, um Wissenschaft treiben zu können, fortgesetzt „Drittmittel" akquirieren muss, dann erforscht man nicht, was nach eigenem wissenschaftlichen Urteil interessant scheint, sondern bloß noch das, was zahlungskräftige Käufer zu finanzieren bereit sind. Mit dem Unwort „Drittmittel" bezeichnet man Gelder, die nicht der Forscher selbst – wie könnte er das auch?! – und nicht der Staat als interesseloser Garant des öffentlichen Gutes Wissenschaft aufbringen, sondern gewisse „Dritte" aus irgendwelchen Gründen beisteuern. Das reicht von vordergründig neutralen Förderorganisationen, in denen durch das Begutachtungswesen normalerweise die „herrschende Lehre" dominiert, über politische Agenturen, die Partialinteressen verfolgen, bis hin zu Auftraggebern aus der Wirtschaft, denen altruistische Motive ohnehin nicht unbedingt zu unterstellen sind.
Die Betonung der „Drittmittel" signalisiert, dass sich der Staat aus seiner Verantwortung für die Wissenschaft zurückgezogen hat. Inzwischen werden kaum noch Professorenstellen ausgeschrieben, in denen nicht verlangt würde, dass die Bewerber die erfolgreiche „Einwerbung von Drittmitteln" nachweisen müssen. Nicht länger qualifiziert die ungewöhnliche Kreativität den Hochschullehrer, sondern seine Beflissenheit in mentaler Prostitution. Forschung ist mithin nicht länger selbstbestimmt wie weiland in der akademischen Wissenschaft, sondern weitgehend fremdbestimmt, gesteuert von fremden Interessen und fremden Mehrheitsmeinungen.
Wer, außer ein paar Fossilien aus der akademischen Wissenschaft, würde es schon noch wagen, die Irrelevanz des Cholesterinspiegels, die Unbedenklichkeit des „Passivrauchens" oder die Folgenlosigkeit geringfügiger Klimaschwankungen beforschen zu wollen? Niemand würde das finanzieren, niemand würde ungewöhnliche Resultate veröffentlichen, und niemand würde solche Abweichler für eine Professur in Erwägung ziehen. Hier ist nachzutragen, dass die enorme Vermehrung des wissenschaftlichen Nachwuchses einen mörderischen Konkurrenzkampf um die knappen Karrierechancen ausgelöst hat, in dem natürlich diejenigen belohnt werden, die opportunistisch im breiten Strom der herrschenden Meinung mitschwimmen. Der mentalen Prostitution sich zu verweigern, kommt dem wissenschaftlichen Selbstmord gleich, und wer wollte schon ableben, bevor er gelebt hat?

Krise der Wissenschaft

In den Fehlentwicklungen, von denen ich nur einige skizzieren konnte, äußert sich eine dramatische Krise der Wissenschaft. Ich will nicht behaupten, allein die akademische Wissenschaft wäre der Königsweg. Selbstverständlich gibt es Forschungsprobleme, die nicht vom einsamen Gelehrten zu lösen sind, sondern fach- und institutionsübergreifende Zusammenarbeit erfordern. Gleichwohl müssten auch in der postakademischen Wissenschaft schöpferische und kritische Freiräume verankert werden, in denen die Forscher von ihrem geschäftigen Treiben gelegentlich Abstand nehmen und über die Grundlagen der Wissenschaft reflektieren könnten. Es müsste den Forschern schon in der Ausbildung und dann immer wieder in den Wissenschaftsorganisationen eingeschärft werden, dass sie nur mit kritischer Selbstreflexion ihrem Berufsethos gerecht werden.
Wissenschaft ist auf der Suche nach Wahrheit, gewiss, aber herausragende Wissenschaftsphilosophen – ich nenne Thomas S. Kuhn, Karl R. Popper, Hans Albert oder Paul Feyerabend – haben darüber aufgeklärt, dass „Wahrheit" keine unfehlbare Errungenschaft ist, die der Forscher zum Dogma erheben dürfte, sondern ein regulatives Prinzip, dem man sich mit immer neuen Versuchen lediglich annähern kann. Alle Wissenschaft steht unter dem Vorbehalt der Fehlbarkeit, und darum bedarf sie fortgesetzt der kritischen Prüfung. Dazu gehört einerseits das mögliche Scheitern an der Erfahrung: Sobald ein empirischer Test bekannt wird, der eine ursprüngliche Vermutung nicht bestätigt, muss die Hypothese erneut zur Disposition gestellt werden. Und andererseits ist es die Auseinandersetzung mit konkurrierenden Theorien, die ein Forscher nicht einfach darum ignorieren darf, weil sie seinem eigenen Ansatz oder der „herrschenden Lehre" widersprechen. Die Wissenschaftsgeschichte ist gespickt mit Fällen, in denen sich die „abweichende" Theorie auf lange Sicht als der wirkliche Erkenntnisfortschritt erwiesen hat. Wissenschaftliche Tugend bedeutet, offen zu sein für empirische und theoretische Korrekturmöglichkeiten. Doch mentale Prostitution hat ihre Tugend ohnehin längst verloren.
Es ist an der Zeit, dass endlich auch die Medien und die Politik die grundsätzliche Fehlbarkeit der Wissenschaft zur Kenntnis nehmen und die Öffentlichkeit darüber aufklären. Man darf nicht länger einem blinden Aktionismus verfallen, bloß weil eine zufällig einflussreiche Wissenschaftlerlobby

irgendwelche Katastrophenszenarien an die Wand malt. Angesichts offenkundiger Meinungsverschiedenheiten in der Wissenschaft kann sich die Politik nicht auf die „Einschätzungsprärogative“ berufen, hier willkürlich Partei zu ergreifen. (7) Und das Bundesverfassungsgericht müsste, statt solcher Willkür freien Lauf zu lassen, feststellen, dass es grundgesetzwidrig ist, wenn die Politik mit einem derartigen Präjudiz in den wissenschaftlichen Meinungsstreit eingreift. (8) Es ist schlimm genug, wenn eilfertige Forschungsfunktionäre selber die Freiheit der Wissenschaft untergraben. Es ist unerträglich, wenn sich Politiker und selbst Verfassungsjuristen dazu hergeben, derartige Angriffe auf die Freiheit der Wissenschaft ihrerseits zu missbrauchen oder gar zu legitimieren.

Anmerkungen

(1)Vgl. Frank Furedi: „War Gott grün?“ in: NovoArgumente 104 (1–2 2010), S. 24–26.
(2)z.B. U. Ravnskov: Mythos Cholesterin, Stuttgart 2005; siehe auch den Wikipedia-Eintrag zu „Cholesterin“, de.wikipedia.org.
(3)Vgl. G. C. Kabat: Hyping health risks, New York 2008, S. 147ff.
(4)Vgl. Günter Ropohl: „‘Passivrauchen‘ als statistisches Konstrukt“, in: NovoArgumente 95 (7–8 2008), S. 51–55; ferner die „Erklärung von Brüssel zur wissenschaftlichen Redlichkeit“, 2009, brusselsdeclaration.org.
(5)Vgl. Hans Labohm: „Klimakatastrophenzweifel – eine Einführung“ in: Novo86 (1–2 2007); ferner die „Erklärung von Manhattan zum Klimawandel“, 2008, climatescienceinternational.org.
(6)Vgl. M. Decker: Angewandte interdisziplinäre Forschung, Bad Neuenahr-Ahrweiler 2007.
(7)Die „Prärogative“, ein Fachwort aus dem überkommenen Staatsrecht, bezeichnet das Vorrecht einer staatlichen Instanz, Beschlüsse ohne Rücksicht auf andere Instanzen fassen zu können.
(8)So in seinem Urteil zu den Rauchverboten, mit dem es die strittige Behauptung über das „Passivrauchen“ sozusagen legitimiert; vgl. BverfG, 1 BvR 3262/07 v. 30.7.2008.

- Leerseite -

Vorläufiges Ergebnis und Schlussfolgerungen der COVID-19 Case-Cluster-Study (Gemeinde Gangelt)

Prof. Dr. Hendrik Streeck (Institut für Virologie)

Prof. Dr. Gunther Hartmann (Institut für Klinische Chemie und Klinische Pharmakologie, Sprecher Exzellenzcluster ImmunoSensation[2])

Prof. Dr. Martin Exner (Institut für Hygiene und öffentliche Gesundheit)

Prof. Dr. Matthias Schmid (Institut für Medizinische Biometrie, Informatik und Epidemiologie)

Universitätsklinikum Bonn, Bonn, den 9. April 2020

Hintergrund: Die Gemeinde Gangelt ist in Deutschland einer der am stärksten von COVID19 betroffenen Orte Deutschlands. Es wird angenommen, dass das Infektionsgeschehen auf eine Karnevalssitzung am 15. Februar 2020 zurückzuführen ist, da mehrere Personen im Nachgang zu dieser Sitzung SARSCoV2 positiv getestet wurden. Die Karnevalssitzung und das Ausbruchgeschehen der Sitzung wird derzeit noch genauer untersucht. Es wurde eine repräsentative Stichprobe aus der Gemeinde Gangelt (12.529 Einwohner) im Kreis Heinsberg gezogen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt ein Protokoll, bei dem je nach zu erwartender Prävalenz stichprobenartig 100 bis 300 Haushalte untersucht werden. Diese Stichprobe wurde auf ihre Repräsentativität abgestimmt mit Herrn Prof. Manfred Güllner (Forsa).

Ziel: Das Ziel der Studie ist es, den Stand der durchgemachten und noch immer stattfindenden SARS-CoV2 Infektionen (Prozentsatz aller Infizierten) in der Gemeinde Gangelt zu bestimmen. Zusätzlich soll damit der Stand der derzeitigen SARS-CoV2 Immunität ermittelt werden.

Vorgehen: Ein Serienbrief wurde an ca. 600 Haushalte verschickt. Insgesamt nahmen ca. 1000 Einwohner aus ca. 400 Haushalten an der Studie teil. Es wurden Fragebögen erhoben, Rachenabstriche genommen und Blut auf das Vorliegen von Antikörper (IgG, IgA) getestet. In diese erste Auswertung gehen die Zwischenergebnisse und Rückschlüsse von ca. 500 Personen ein.

Vorläufiges Ergebnis: Es wurde eine bestehende Immunität von ca. 14% (anti-SARS-CoV2 IgG positiv, Spezifität der Methode >,99 %) festgestellt. Etwa 2 % der Personen wiesen eine mittels PCR Methode festgestellte aktuelle SARS-CoV-2 Infektion auf. Die Infektionsrate (aktuelle Infektion oder bereits durchgemacht) betrug insgesamt ca. 15 %. Die Letalität (*case fatality rate*) bezogen auf die Gesamtzahl der Infizierten in der Gemeinde Gangelt beträgt mit den vorläufigen Daten aus dieser Studie ca. 0,37 %. Die in Deutschland derzeit von der Johns-Hopkins University berechnete Letalität beträgt 1,98 % und liegt damit um das 5-fache höher. Die Mortalität bezogen auf die Gesamtpopulation in Gangelt beträgt derzeit 0,15 %.

Vorläufige Schlussfolgerung: Die von der Johns-Hopkins University berechnete 5-fach höhere Letalität im Vergleich zu dieser Studie in Gangelt erklärt sich aus der unterschiedlichen Bezugsgröße der Infizierten. In Gangelt werden mit dieser Studie alle Infizierten in der Stichprobe erfasst, auch diejenigen mit asymptomatischen und milden Verläufen. In Gangelt ist der Anteil der Bevölkerung, der somit bereits Immunität gegen SARS-CoV-2 ausgebildet hat, etwa 15%. Dies bedeutet, dass sich 15 % der Bevölkerung in Gangelt nicht mehr mit SARS-CoV-2 infizieren können, und der Prozess bis zum Erreichen einer Herdenimmunität bereits eingeleitet ist. Dieser 15-prozentige Anteil der Bevölkerung vermindert die Geschwindigkeit (Netto-Reproduktionszahl R in epidemiologischen Modellen) einer weiteren Ausbreitung von SARS-CoV-2 entsprechend.

Durch Einhalten von stringenten Hygienemaßnahmen ist zu erwarten, dass die Viruskonzentration bei einem Infektionsereignis einer Person so weit reduziert werden kann, dass es zu einem geringeren Schweregrad der Erkrankung kommt, bei gleichzeitiger Ausbildung einer Immunität. Diese günstigen Voraussetzungen sind bei einem außergewöhnlichen Ausbruchsereignis (*superspreading event, z.B. Karnevals-Sitzung, Apres-Ski-Bar Ischgl*) nicht gegeben. Mit Hygienemaßnahmen sind dadurch auch günstige Effekte hinsichtlich der Gesamtmortalität zu erwarten.

Wir empfehlen daher ausdrücklich, die vorgeschlagene Vierphasen Strategie der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) zu implementieren. Diese sieht folgendes Modell vor:

> Phase 1: Gesellschaftliche Quarantänisierung mit dem Ziel der Eindämmung und Verlangsamung der Pandemie und Vermeidung einer Überlastung der kritischen Versorgungsstrukturen insbesondere des Gesundheitsversorgungssystems
>
> Phase 2: Beginnende Rücknahme der Quarantänisierung bei gleichzeitiger Sicherung hygienischer Rahmenbedingungen und Verhaltensweisen.
>
> Phase 3: Aufhebung der Quarantänisierung unter Beibehaltung der hygienischen Rahmenbedingungen
>
> Phase 4: Zustand des öffentlichen Lebens wie vor der COVID-19 Pandemie (Status quo ante).

(Stellungnahme der DGKH ist hier zu finden:
https://www.krankenhaushygiene.de/ccUpload/upload/files/2020_03_31_DGKH_Einladug_Lageeinschaetzung.pdf)

Anmerkung: Diese Ergebnisse sind vorläufig. Die endgültigen Ergebnisse der Studie werden publiziert und der Öffentlichkeit vorgestellt, sobald diese vorliegen.

Anlage B311



ARTICLE



https://doi.org/10.1038/s41467-020-19802-w OPEN

Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China

Shiyi Cao[1,11], Yong Gan[1,11], Chao Wang[1,11], Max Bachmann[2], Shanbo Wei[3], Jie Gong[4], Yuchai Huang[1], Tiantian Wang[1], Liqing Li[5], Kai Lu[6], Heng Jiang[7,8], Yanhong Gong[1], Hongbin Xu[1], Xin Shen[1], Qingfeng Tian[9], Chuanzhu Lv[10]✉, Fujian Song[2]✉, Xiaoxv Yin[1]✉ & Zuxun Lu[1]✉

Stringent COVID-19 control measures were imposed in Wuhan between January 23 and April 8, 2020. Estimates of the prevalence of infection following the release of restrictions could inform post-lockdown pandemic management. Here, we describe a city-wide SARS-CoV-2 nucleic acid screening programme between May 14 and June 1, 2020 in Wuhan. All city residents aged six years or older were eligible and 9,899,828 (92.9%) participated. No new symptomatic cases and 300 asymptomatic cases (detection rate 0.303/10,000, 95% CI 0.270–0.339/10,000) were identified. There were no positive tests amongst 1,174 close contacts of asymptomatic cases. 107 of 34,424 previously recovered COVID-19 patients tested positive again (re-positive rate 0.31%, 95% CI 0.423–0.574%). The prevalence of SARS-CoV-2 infection in Wuhan was therefore very low five to eight weeks after the end of lockdown.

Zwischen dem 23. Januar und dem 8. April 2020 wurden in Wuhan strenge COVID-19-Kontrollmaßnahmen verhängt.
Schätzungen der Infektionsprävalenz nach der Aufhebung der Beschränkungen könnten Auskunft zum Pandemiemanagement nach dem Lockdown geben.
Hier beschreiben wir ein stadtweites SARS-CoV-2-Nukleinsäure-Screening-Programm zwischen dem 14. Mai und dem 1. Juni 2020 in Wuhan.
Alle Stadtbewohner ab sechs Jahren waren teilnahmeberechtigt und 9.899.828 (92,9 %) nahmen teil.
Es wurden keine neuen symptomatischen Fälle und 300 asymptomatische Fälle (Erkennungsrate 0,303/10.000, 95% CI 0,270–0,339/10.000) identifiziert.
Bei 1.174 engen Kontakten asymptomatischer Fälle gab es keine positiven Tests.
107 von 34.424 zuvor genesenen COVID-19-Patienten wurden erneut positiv getestet (Repositivrate 0,31 %, 95 %-KI 0,423–0,574 %).
Die Prävalenz einer SARS-CoV-2-Infektion in Wuhan war demnach fünf bis acht Wochen nach Ende des Lockdowns sehr gering.

[1] Department of Social Medicine and Health Management, School of Public Health, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, Hubei, China. [2] Norwich Medical School, Faculty of Medicine and Health Science, University of East Anglia, Norwich, UK. [3] Wuhan Municipal Health Commission, Wuhan, Hubei, China. [4] Wuhan Centre for Clinical Laboratory, Wuhan, Hubei, China. [5] Department of Management Science and Engineering, School of Economics and Management, Jiangxi Science and Technology Normal University, Nanchang, Jiangxi, China. [6] Tongji Hospital, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, Hubei, China. [7] Centre for Alcohol Policy Research, School of Psychology and Public Health, La Trobe University, Melbourne, VIC, Australia. [8] Melbourne School of Population and Global Health, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia. [9] School of Public Health, Zhengzhou University, Zhengzhou, Henan, China. [10] Department of Emergency, Hainan Clinical Research Centre for Acute and Critical Diseases, The Second Affiliated Hospital of Hainan Medical University, Haikou, Hainan, China. [11] These authors contributed equally: Shiyi Cao, Yong Gan, Chao Wang. ✉email: lyuchuanzhu@hainmc.edu.cn; Fujian.song@uea.ac.uk; yxx@hust.edu.cn; zuxunlu@yahoo.com

The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) was first reported in December 2019, and was classified as a pandemic by the World Health Organization on March 11, 2020[1]. Following strict lockdown measures, the COVID-19 epidemic was generally under control in China, and the whole country has progressed into a post-lockdown phase. In this phase, countries face new problems and challenges, including how to accurately assess the post-lockdown risk of the COVID-19 epidemic, how to avoid new waves of COVID-19 outbreaks, and how to facilitate the resumption of economy and normal social life. As the city most severely affected by COVID-19 in China, Wuhan had been under lockdown measures from January 23 until April 8, 2020. During the first 2 months after city's reopening, there were only a few sporadic COVID-19 cases in Wuhan (six newly confirmed cases from April 8 to May 10, 2020[2]). However, there was still concern about the risk of COVID-19 in Wuhan, which seriously affected the resumption of industrial production and social services, and hampered the normal lives of residents. In order to ascertain the current status of the COVID-19 epidemic, the city government of Wuhan carried out a comprehensive citywide nucleic acid screening of SARS-CoV-2 infection from May 14, 2020 to June 1, 2020.

The citywide screening of SARS-CoV-2 infection in Wuhan is a mass screening programme in post-lockdown settings, and provided invaluable experiences or lessons with international relevance as more countries and cities around the world entering the post-lockdown phase. In this study, we report the organisation process, detailed technical methods used, and results of this citywide nucleic acid screening.

Results

There were 10,652,513 eligible people aged ≥6 years in Wuhan (94.1% of the total population). The nucleic acid screening was completed in 19 days (from May 14, 2020 to Jun 1, 2020), and tested a total of 9,899,828 persons from the 10,652,513 eligible people (participation rate, 92.9%). Of the 9899,828 participants, 9,865,404 had no previous diagnosis of COVID-19, and 34,424 were recovered COVID-19 patients.

The screening of the 9,865,404 participants without a history of COVID-19 found no newly confirmed COVID-19 cases, and identified 300 asymptomatic positive cases with a detection rate of 0.303 (95% CI 0.270–0.339)/10,000. The median age-stratified Ct-values of the asymptomatic cases were shown in Supplementary Table 1. Of the 300 asymptomatic positive cases, two cases came from one family and another two were from another family. There were no previously confirmed COVID-19 patients in these two families. A total of 1174 close contacts of the asymptomatic positive cases were traced, and they all tested negative for the COVID-19. There were 34,424 previously recovered COVID-19 cases who participated in the screening. Of the 34,424 participants with a history of COVID-19, 107 tested positive again, giving a repositive rate of 0.310% (95% CI 0.423–0.574%).

Virus cultures were negative for all asymptomatic positive and repositive cases, indicating no "viable virus" in positive cases detected in this study.

All asymptomatic positive cases, repositive cases and their close contacts were isolated for at least 2 weeks until the results of nucleic acid testing were negative. None of detected positive cases or their close contacts became symptomatic or newly confirmed with COVID-19 during the isolation period. In this screening programme, single and mixed testing was performed, respectively, for 76.7% and 23.3% of the collected samples. The asymptomatic positive rates were 0.321 (95% CI 0.282–0.364)/10,000 and 0.243 (95% CI 0.183–0.315)/10,000, respectively.

The 300 asymptomatic positive persons aged from 10 to 89 years, included 132 males (0.256/10,000) and 168 females (0.355/10,000). The asymptomatic positive rate was the lowest in children or adolescents aged 17 and below (0.124/10,000), and the highest among the elderly aged 60 years and above (0.442/10,000) (Table 1). The asymptomatic positive rate in females (0.355/10,000) was higher than that in males (0.256/10,000).

The asymptomatic positive cases were mainly domestic and unemployed residents (24.3%), retired older adults (21.3%), and public service workers (11.7%) (Fig. 1).

The asymptomatic positive rate in urban districts was on average 0.456/10,000, ranging from 0.317/10,000 in Hongshan to 0.807/10,000 in Wuchang district. A lower rate of asymptomatic positive cases was found in suburban districts (0.132/10,000), ranging from 0.047/10,000 in Xinzhou to 0.237/10,000 in Jiangan district (Fig. 2).

Among the 7280 residential communities in Wuhan, asymptomatic positive cases were identified in 265 (3.6%) communities (only one case detected in 246 communities), while no asymptomatic positive cases were found in other 96.4% communities.

Testing of antibody against SARS-CoV-2 virus was positive IgG (+) in 190 of the 300 asymptomatic cases, indicating that 63.3% (95% CI 57.6–68.8%) of asymptomatic positive cases were actually infected. The proportion of asymptomatic positive cases with both IgM (−) and IgG (−) was 36.7% (95% CI: 31.2–42.4%; $n = 110$), indicating the possibility of infection window or false positive results of the nucleic acid testing (Table 2).

Higher detection rates of asymptomatic infected persons were in Wuchang, Qingshan and Qiaokou districts, and the prevalence of previously confirmed COVID-19 cases were 68.243/10,000, 53.767/10,000, and 100.047/10,000, respectively, in the three districts. Figure 3 shows that districts with a high detection rate of asymptomatic positive persons generally had a high prevalence of confirmed COVID-19 cases ($r_s = 0.729$, $P = 0.002$).

Discussion

The citywide nucleic acid screening of SARS-CoV-2 infection in Wuhan recruited nearly 10 million people, and found no newly confirmed cases with COVID-19. The detection rate of asymptomatic positive cases was very low, and there was no evidence of transmission from asymptomatic positive persons to traced close contacts. There were no asymptomatic positive cases in 96.4% of the residential communities.

Previous studies have shown that asymptomatic individuals infected with SARS-CoV-2 virus were infectious[3], and might subsequently become symptomatic[4]. Compared with symptomatic patients, asymptomatic infected persons generally have low quantity of viral loads and a short duration of viral shedding, which decrease the transmission risk of SARS-CoV-2[5]. In the present study, virus culture was carried out on samples from asymptomatic positive cases, and found no viable SARS-CoV-2 virus. All close contacts of the asymptomatic positive cases tested negative, indicating that the asymptomatic positive cases detected in this study were unlikely to be infectious.

There was a low repositive rate in recovered COVID-19 patients in Wuhan. Results of virus culturing and contract tracing found no evidence that repositive cases in recovered COVID-19 patients were infectious, which is consistent with evidence from other sources. A study in Korea found no confirmed COVID-19 cases by monitoring 790 contacts of 285 repositive cases[6]. The official surveillance of recovered COVID-19 patients in China also revealed no evidence on the infectiousness of repositive cases[7]. Considering the strong force of infection of COVID-19[8–10], it is expected that the number of confirmed cases is associated with the risk of being infected in communities. We

Table 1 Characteristics of asymptomatic positive individuals.

	Total (%)	Asymptomatic positive persons (%)	Detection rate per 10,000 (95% CI)	*P* value
Total	9,899,828 (100.0)	300 (100.0)	0.303 (0.270-0.339)	
Sex				
Male	5,162,960 (52.2)	132 (44.0)	0.256 (0.214-0.303)	0.005
Female	4,736,868 (47.8)	168 (56.0)	0.355 (0.303-0.413	
Age (years old)				
≤17	969,014 (9.8)	12 (4.0)	0.124 (0.064-0.216)	<0.001
18-44	4,448,230 (44.9)	104 (34.7)	0.234 (0.191-0.283)	
45-59	2,492,943 (25.2)	96 (32.0)	0.385 (0.312-0.470)	
≥60	1,989,641 (20.1)	88 (29.3)	0.442 (0.355-0.545)	
Administrative Districts in Wuhan				
Wuchang	904,636 (9.1)	73 (24.3)	0.807 (0.633-1.015)	<0.001
Qingshan	414,312 (4.2)	23 (7.7)	0.555 (0.352-0.833)	
Qiaokou	583,440 (5.9)	32 (10.7)	0.548 (0.375-0.774)	
Hanyang	717,429 (7.2)	29 (9.7)	0.404 (0.271-0.581)	
Jianghan	524,224 (5.3)	19 (6.3)	0.362 (0.218-0.566)	
Hongshan	1,103,079 (11.1)	35 (11.7)	0.317 (0.221-0.441)	
East Lake High-tech Development Area	782,987 (7.9)	19 (6.3)	0.243 (0.146-0.379)	
Jiangan	800,440 (8.1)	19 (6.3)	0.237 (0.143-0.371)	
Caidian	503,595 (5.1)	11 (3.7)	0.218 (0.109-0.391)	
Jiangxia	671,248 (6.8)	14 (4.7)	0.209 (0.114-0.350)	
Huangpi	979,920 (9.9)	14 (4.7)	0.143 (0.078-0.240)	
Hannan	417,022 (4.2)	4 (1.3)	0.096 (0.026-0.246)	
Dongxihu	777,204 (7.9)	5 (1.7)	0.064 (0.021-0.150)	
Xinzhou	634,408 (6.4)	3 (1.0)	0.047 (0.010-0.138)	
East Lake Scenic Area of Wuhan	85,884 (0.9)	0 (0.0)	0.000 (0.000-0.430)	

χ^2 test was used to assess the association between the detection rate of asymptomatic cases increased and sex and age. Urban districts of Wuhan includes Wuchang, Qingshan, Qiaokou, Hanyang, Jiangan, Jianghan, and Hongshan; Suburban districts of Wuhan includes Hannan, Caidian, Dongxihu, Xinzhou, Jiangxia, Huangpi, East Lake High-tech Development Area, and East Lake Scenic Area of Wuhan.

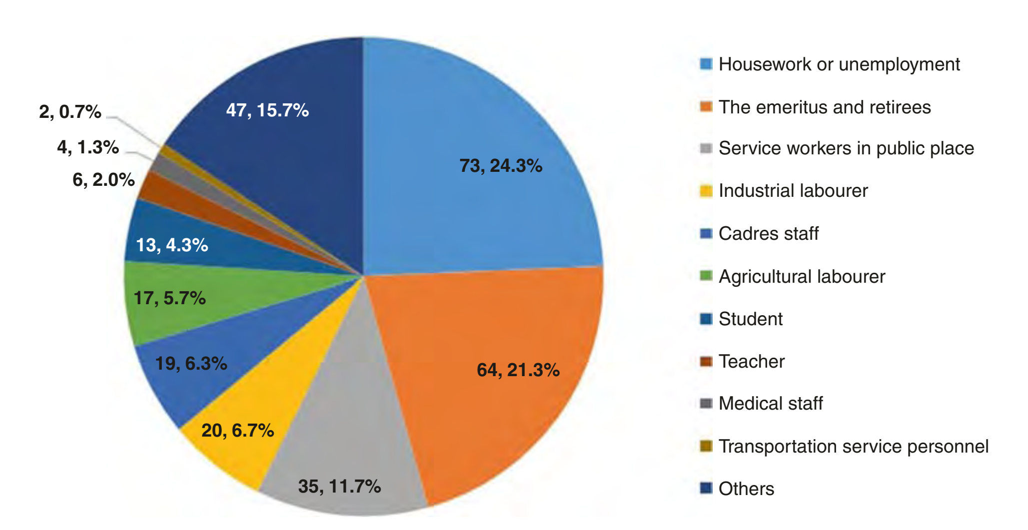


Fig. 1 The occupation distribution of asymptomatic positive cases (%). Note: Others included the self-employed, military personnel, and so on. (Source data are provided as s Source Data file.).

found that asymptomatic positive rates in different districts of Wuhan were correlated with the prevalence of previously confirmed cases. This is in line with the temporal and spatial evolution (especially the long-tailed characteristic) of infectious diseases[11].

Existing laboratory virus culture and genetic studies[9,10] showed that the virulence of SARS-CoV-2 virus may be weakening over time, and the newly infected persons were more likely to be asymptomatic and with a lower viral load than earlier infected cases. With the centralized isolation and treatment of all COVID-19 cases during the lockdown period in Wuhan, the risk of residents being infected in the community has been greatly reduced. When susceptible residents are exposed to a low dose of virus, they may tend to be asymptomatic as a result of their own immunity. Serological antibody testing in the current study found that at least 63% of asymptomatic positive cases were actually infected with SARS-CoV-2 virus. Nonetheless, it is too early to be complacent, because of the existence of asymptomatic positive cases and high level of susceptibility in residents in Wuhan. Public health measures for the prevention and control of COVID-19 epidemic, including wearing masks, keeping safe social distancing in Wuhan should be sustained. Especially, vulnerable populations with weakened immunity or co-morbidities, or both, should continue to be appropriately shielded.

Findings from this study show that COVID-19 was well controlled in Wuhan at the time of the screening programme. After two months since the screening programme (by August 9, 2020), there were no newly confirmed COVID-19 cases in Wuhan.

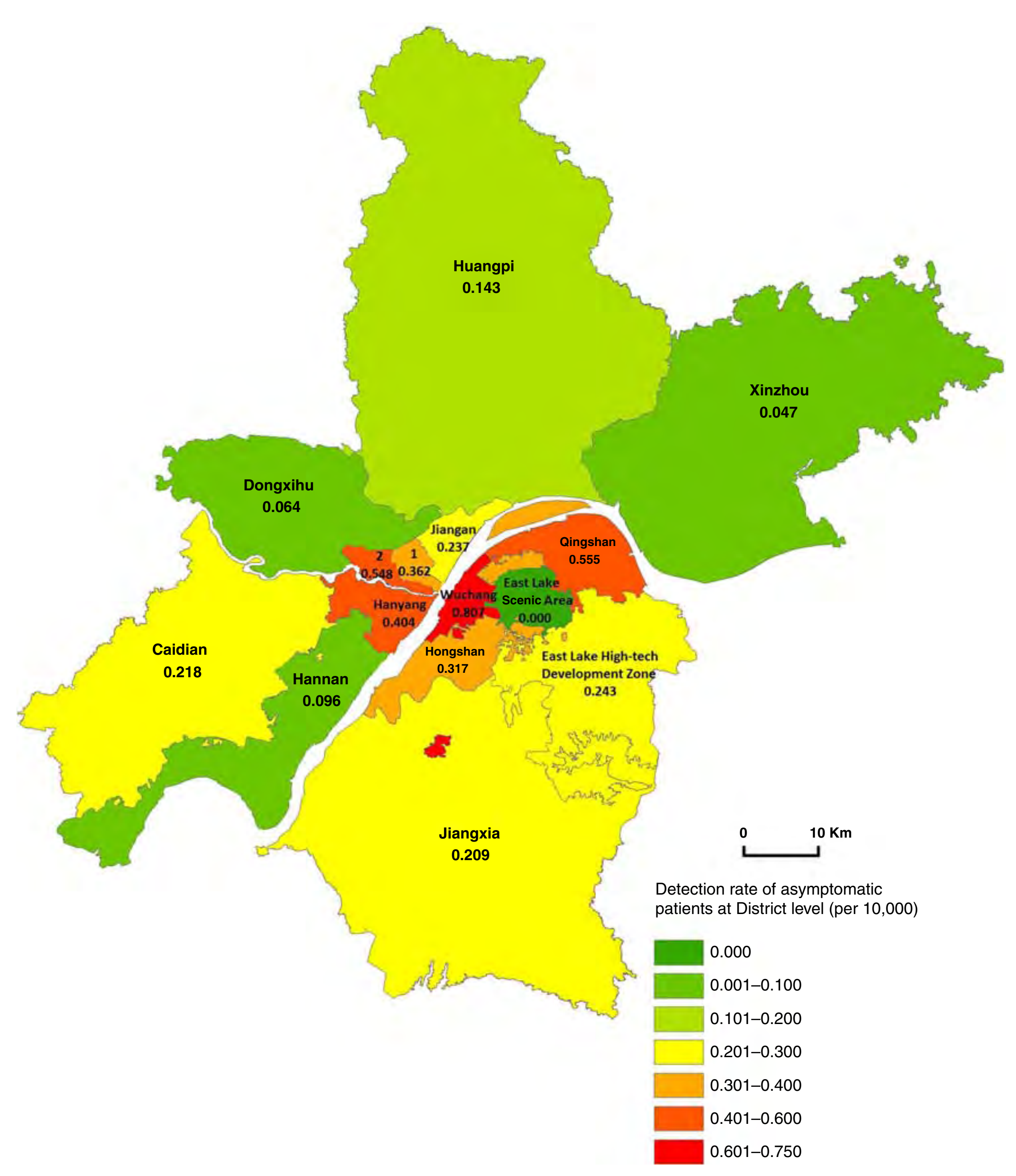


Fig. 2 The geographic distribution of the detection rate of asymptomatic positive cases. Note: 1 represents Jianghan district; 2 represents Qiaokou district. (Source data are provided as s Source Data file.).

Table 2 Results of the detection of antibody in 300 asymptomatic positive persons.

IgM Results	IgG	Asymptomatic positive persons	% (95% CI)
−	+	161	53.7 (47.8–59.4)
−	−	110	36.7 (31.2–42.4)
+	+	29	9.7 (6.6–13.6)
+	−	0	0.0 (0.0–1.2)

"−" indicates negative; "+" indicates positive.

Further testing of SARS-CoV-2 in samples collected from market environment settings in Wuhan were conducted, and found no positive results after checking a total of 52,312 samples from 1795 market setting during June 13 to July 2, 2020[12].

This study has several limitations that need to be discussed. First, this was a cross-sectional screening programme, and we are unable to assess the changes over time in asymptomatic positive and reoperative results. Second, although a positive result of nucleic acid testing reveals the existence of the viral RNAs, some false negative results were likely to have occurred, in particular due to the relatively low level of virus loads in asymptomatic infected individuals, inadequate collection of samples, and limited accuracy of the testing technology[13]. Although the screening programme provided no direct evidence on the sensitivity and specificity of the testing method used, a meta-analysis reported a

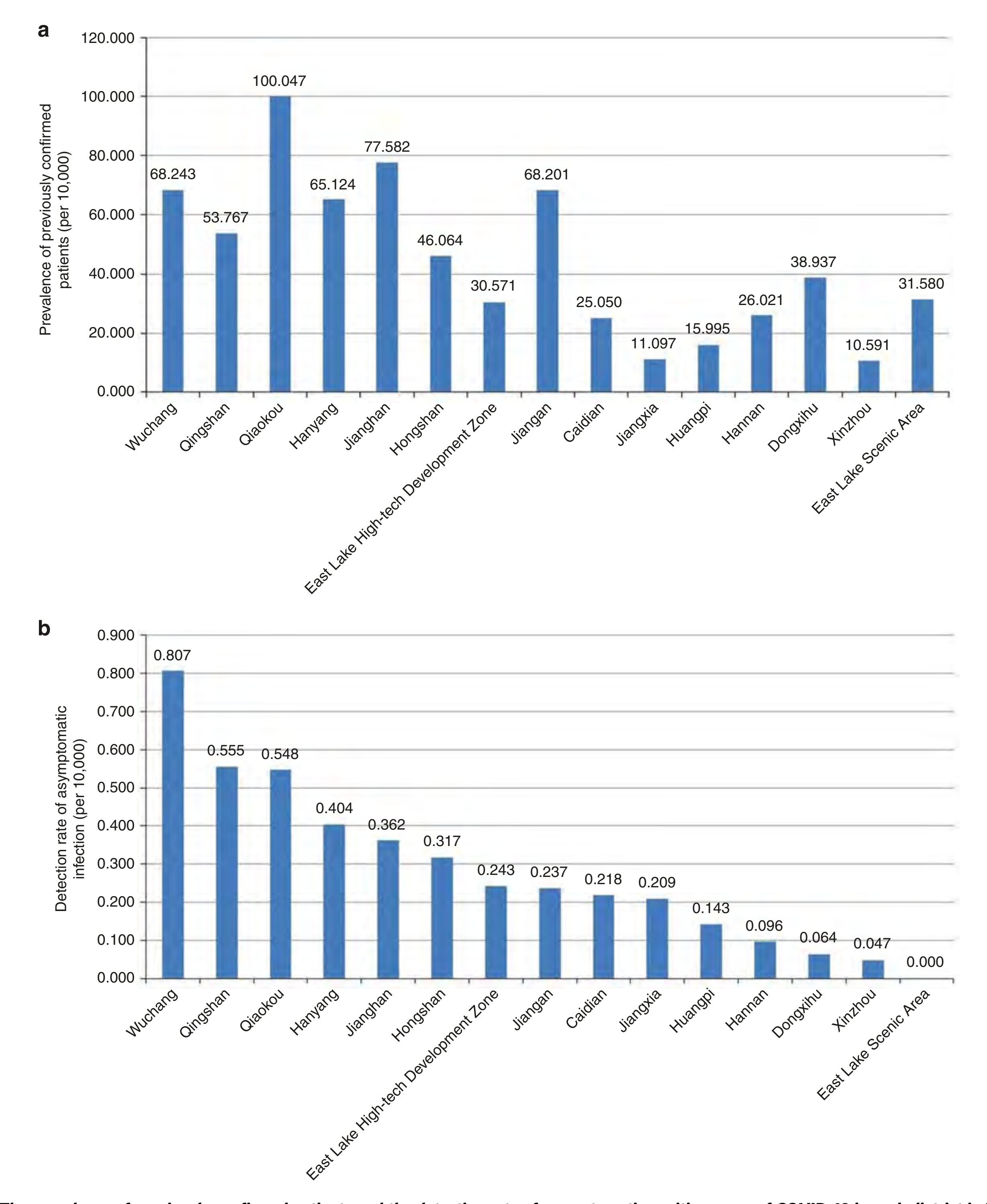


Fig. 3 The prevalence of previously confirmed patients and the detection rate of asymptomatic positive cases of COVID-19 in each district in Wuhan. **a** The prevalence of previously confirmed patients of COVID-19 in each district in Wuhan. **b** The detection rate of asymptomatic positive cases of COVID-19 in each district in Wuhan. (Source data are provided as s Source Data file.).

pooled sensitivity of 73% (95% CI 68–78%) for nasopharayngeal and throat swab testing of COVID-19[14]. Testing kits used in the screening programme were publicly purchased by the government and these kits have been widely used in China and other countries. Multiple measures were taken to possibly minimise false negative results in the screening programme. For example, standard training was provided to health works for sample collection to ensure the sample quality. The experiment procedures, including specimen collection, extraction, PCR, were according to official guidelines (Supplementary Note 1). For the real-time RT-PCR assay, two target genes were simultaneously tested. Even so, false negative results remained possible, particularly in any mass screening programmes. However, even if test sensitivity was as low as 50%, then the actual prevalence would be twice as high as reported in this study, but would still be very low. Around 7.1% of eligible residents did not participate in the citywide nucleic acid screening and the screening programme did not collect detailed data on reasons for nonparticipation, which is a limitation of this

study. Although there were no official statistics, a large number of migrant workers and university students left Wuhan before the lockdown, joining their families in other cities or provinces for traditional Chinese New Year. Therefore, it is likely that most nonparticipants were not in Wuhan at the time of the screening. The main objective of the screening programme was to assess the risk of COVID-19 epidemic in residents who were actually living in the post-lockdown Wuhan. Therefore, the estimated positive rates are unlikely to be materially influenced by nonparticipation of residents who were not in Wuhan or some residents who did not participate in the screening for other reasons. Moreover, people who left Wuhan were the target population for monitoring in other provinces and cities and were required to take nucleic acid testing. Although there was no official statistics showing the positive rate of nucleic acid testing in this population, there was no report that shown a higher positive rate of nucleic acid testing than our findings.

In summary, the detection rate of asymptomatic positive cases in the post-lockdown Wuhan was very low (0.303/10,000), and there was no evidence that the identified asymptomatic positive cases were infectious. These findings enabled decision makers to adjust prevention and control strategies in the post-lockdown period. Further studies are required to fully evaluate the impacts and cost-effectiveness of the citywide screening of SARS-CoV-2 infections on population's health, health behaviours, economy, and society.

Methods

Study population and ethical approvals. Wuhan has about 11 million residents in total, with seven urban and eight suburban districts. Residents are living in 7280 residential communities (or residential enclosures, "xiao-qu" in Chinese), and each residential community could be physically isolated from other communities for preventing transmission of COVID-19.

The screening programme recruited residents (including recovered COVID-19 patients) currently living in Wuhan who were aged ≥6 years (5,162,960 males, 52.2%). All participants provided written or verbal informed consent after reading a statement that explained the purpose of the testing. For participants who aged 6–17 years old, consent was obtained from their parents or guardians. The study protocol for an evaluation of the programme based on anonymized screening data was approved by the Ethics Committee of the Tongji Medical College Institutional Review Board, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, China (No. IROG0003571).

Organizational guarantee and community mobilization. A citywide nucleic acid screening group was formed, with specialized task teams contributing to comprehensive coordination, technical guidance, quality control, participation invitation, information management, communication, and supervision of the screening. The city government invested 900 million yuan (RMB) in the testing programme. From 14 May to 1 June 2020, in the peak time, up to 2907 sample collection sites were functioning at the same time in Wuhan. Each sample collection site had an assigned sample collection group, including several health professionals (staffed according to the number of communities' residents), 2–4 community managers, 1–2 police officers, and 1–2 inspectors. The sampling sites were set up based on the number and accessibility of local residents. Local community workers were responsible for a safe and orderly sampling process to minimise the waiting time. In addition, mobile sampling teams were formed by primary health care professionals and volunteers to conduct door-to-door sampling for residents who had physical difficulties or were unable to walk.

About 50,000 health professionals (mainly doctors and nurses from community health centers) and more than 280,000 person-times of community workers and volunteers contributed to sample collection, transport of equipment and samples collected, arrangement of participation process, and maintaining order of sampling sites. Public information communication and participant invitation were implemented through mass media, mobile messages, WeChat groups, and residential community broadcasts, so as to increase residents' awareness and the participation.

Acquisition, preservation, and transport of samples. All sampling personnel received standard training for the collection of oropharyngeal swab samples. To minimise the risk of cross-infection, the sampling process strictly followed a disinfection process and environmental ventilation were ensured. The collected samples were stored in a virus preservation solution or immersed in isotonic saline, tissue culture solution, or phosphate buffer (Supplementary note 1). Then, all samples were sent to testing institutions within 4 h using delivery boxes for biological samples refrigerated with dry ice to guarantee the stability of nucleic acid samples.

Technical methods for laboratory testing of collected samples. A total of 63 nucleic acid testing laboratories, 1451 laboratory workers and 701 testing equipment were involved in the nucleic acid testing. Received samples were stored at 4 °C and tested within 24 h of collection. Any samples that could not be tested within 24 h were stored at −70 °C or below (Supplementary note 1). In addition to "single testing" (i.e., separate testing of a single sample), "mixed testing" was also performed for 23% of the collected samples to increase efficiency, in which five samples were mixed in equal amounts, and tested in the same test tube. If a mixed testing was positive for COVID-19, all individual samples were separately retested within 24 h[15].

Details regarding technical methods for sequencing and virus culture were provided in Supplementary note 1. Real-time reverse transcriptase-polymerase chain reaction (RT-PCR) assay method was used for the nucleic acid testing. We simultaneously amplified and tested the two target genes: open reading frame 1ab (ORF1ab) and nucleocapsid protein (N) (Supplementary Note 1). A cycle threshold value (Ct-value) less than 37 was defined as a positive result, and no Ct-value or a Ct-value of 40 or more was defined as a negative result. For Ct-values ranging from 37 to 40, the sample was retested. If the retest result remained less than 40 and the amplification curve had obvious peak, the sample was classified as positive; otherwise, it was reported as being negative. These diagnostic criteria were based on China's official recommendations[16].

For asymptomatic positive cases, virus culture was carried out in biosafety level-3 laboratories. The colloidal gold antibody test was also performed for asymptomatic positive cases (Supplementary note 1). All testing results were double entered into a specifically designed database, and managed by the Big Data and Investigation Group of the COVID-19 Prevention and Control Centre in Wuhan, which was established to collect and manage data relevant to the COVID-19 epidemic.

Participant data collection and management. Before sample collection, residents electronically (using a specifically designed smartphone application) self-uploaded their personal information, including ID number, name, sex, age, and place of residence. Then, the electronic machine system generated a unique personal barcode and stuck it on the sample tube to ensure the match between the sample and the participant. Then trained staff interviewed each individual regarding the history of COVID-19 and previous nucleic acid testing. There was a database of confirmed COVID-19 cases in Wuhan, which can be used to validate the self-reported previous COVID-19 infection. All information was entered into a central database. The testing results were continually uploaded to the central database by testing institutions. Contact tracing investigations were conducted on participants who tested positive for SARS-CoV-2, to track and manage their close contacts. The pre-existing unique identification code for each resident was used as the programme's identification number, to ensure information accuracy during the whole process of screening, from sampling, nucleic acid testing, result reporting, the isolation of detected positive cases, and tracing of close contacts of positive cases. All screening information was kept strictly confidential and was not allowed to be disclosed or used for other purposes other than clinical and public health management. Personal information of asymptomatic positive cases was only disclosed to designated medical institutions and community health centres for the purpose of medical isolation and identification of close contacts. Researcher was blind to the study hypothesis during data collection.

Biological security guarantee. Nucleic acid testing was performed in biosafety level-2 (BSL-2) laboratories, and virus culture was conducted in biosafety level-3 laboratories. Sampling and testing personnel adopted the personal protective measures according to the standard of biosafety level-3 laboratories. Participating laboratories implemented control measures to guarantee biological safety in accordance with relevant regulations[17].

Result query and feedback. Two to three days after sample collection, participants could inquire about their test results using WeChat or Alipay application by their unique ID numbers. The results included text descriptions of nucleic acid testing and coloured health codes. A green coloured health code refers to a negative result, and a red coloured health code indicates a positive result.

Definition and management of identified confirmed cases and close contacts. In this study, all confirmed COVID-19 cases were diagnosed by designated medical institutions according to National Guidelines for the Prevention and Control of COVID-19 (Supplementary Note 2). Asymptomatic positive cases referred to individuals who had a positive result during screening, and they had neither a history of COVID-19 diagnosis, nor any clinical symptoms at the time of the nucleic acid testing. Close contacts were individuals who closely contacted with an asymptomatic positive person since 2 days before the nucleic acid sampling[16]. Repositive cases refer to individuals who recovered from previously confirmed COVID-19 disease and had a positive testing again in the screening programme. All repositive cases, asymptomatic positive persons, and their close contacts were

isolated for at least 2 weeks in designated hotels managed by primary health care professionals, and they were released from isolation only if two consecutive nucleic acid tests were negative.

Statistical analysis. Detection rate of asymptomatic positive or repositive cases was calculated by dividing the number of individuals with a positive result of nucleic acid testing by the number of participants tested. Because of extremely low detection rates, we calculated 95% confidence intervals of estimated proportions using Pearson–Klopper exact method, implemented through R package "binom" version 1.1-1[18]. SPSS version 22.0 was used for other statistical analyses. We analyzed the distribution of asymptomatic positive cases and assessed the Spearman correlation between the asymptomatic positive rate and the prevalence of previously confirmed COVID-19 cases in different districts of Wuhan. Differences in asymptomatic positive rates by sex and age groups were assessed using the χ^2 test. ArcGIS 10.0 was used to draw a geographic distribution map of asymptomatic positive cases. A value of $P < 0.05$ (two-tailed) was considered statistically significant.

Reporting summary. Further information on research design is available in the Nature Research Reporting Summary linked to this article.

Data availability

Detailed data directly used to generate each figure or table of this study are available within the article, Supplementary Information and source data are provided with this paper.

Received: 18 August 2020; Accepted: 27 October 2020;
Published online: 20 November 2020

References

1. WHO. *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report—51. Data as reported by national authorities by 10 AM CET 11 March 2020* (WHO, 2020).
2. Prevention measures taken at Sanmin residential community in Wuhan—Xinhua | English.news.cn http://www.xinhuanet.com/english/2020-05/11/c_139048342.htm (2020).
3. Gandhi, M., Yokoe, D. S. & Havlir, D. V. Asymptomatic transmission, the Achilles' heel of current strategies to control Covid-19. *N. Engl. J. Med.* **382**, 2158–2160 (2020).
4. He, D. et al. The relative transmissibility of asymptomatic COVID-19 infections among close contacts. *Int. J. Infect. Dis.* **94**, 145–147 (2020).
5. Arons, M. M. et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *N. Engl. J. Med.* **382**, 2081–2090 (2020).
6. KCDC. *Findings from investigation and analysis of re-positive cases (notice). Division of Risk assessment and International cooperation 2020-05-19*. https://www.cdc.go.kr/board/board.es?mid=a30402000000&bid=0030 (2020).
7. National Health Commission. *News conference on the prevention and control of COVID-19. Beijing, 21-04-2020*. http://www.nhc.gov.cn/xcs/fkdt/202004/3e16b2976000411da737c70523e05522.shtml. (2020).
8. Li, Y. et al. Positive result of Sars-Cov-2 in faeces and sputum from discharged patient with COVID-19 in Yiwu, China. *J. Med. Virol.* https://doi.org/10.1002/jmv.25905 (2020).
9. Su, Y. C. F. et al. Discovery and Genomic Characterization of a 382-Nucleotide Deletion in ORF7b and ORF8 during the Early Evolution of SARS-CoV-2. *mBio* **11**, e01610-20 (2020).
10. Lin, Z. *Italian scientist: the virulence of SARS-Cov-2 is weakening, the newly infected person are almost asymptomatic* (Chinanews, 2020).
11. Ajelli, M. et al. Spatiotemporal dynamics of the Ebola epidemic in Guinea and implications for vaccination and disease elimination: a computational modeling analysis. *BMC Med.* **14**, 130 (2016).
12. Wuhan Municipal Health Commission. *All results were negative by checking 52312 samples from 1795 supermarket and other market environment setting for 20 days (news)*. http://wjw.wuhan.gov.cn/ztzl_28/fk/tzgg/202007/t20200702_1389323.shtml. (2020).
13. Woloshin, S., Patel, N. & Kesselheim, A. S. False negative tests for SARS-CoV-2 infection—-challenges and implications. *N. Engl. J. Med.* **383**, e38 (2020).
14. Boger, B. et al. Systematic review with meta-analysis of the accuracy of diagnostic tests for COVID-19. *Am. J. Infect. Control* S0196-6553(20)30693-3. Advance online publication. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.07.011 (2020).
15. Lohse, S. et al. Pooling of samples for testing for SARS-CoV-2 in asymptomatic people. *Lancet Infect. Dis.* **20**, 1231–1232. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30362-5 (2020).
16. National Health Commission of the People's Republic of China. *The prevention and Control Plan of COVID-19* 5th edition (National Health Commission of the People's Republic of China, 2020).
17. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Laboratory support for COVID-19 in the EU/EEA*. (ECDC, 2020).
18. Dorai-Raj, S. *Package'binom'—Binomial Confidence Intervals For Several Parameterizations. Version 1.1-1*. https://cran.r-project.org/web/packages/binom/binom.pdf (2014).

Acknowledgements

We would like to thank all institutions and all citizens in Wuhan for their support for citywide nucleic acid screening work. We also would like to thank the Wuhan city government for this citywide nucleic acid testing, sampling and management, and thank the big data and investigation group of COVID-19 prevention and control institution in Wuhan (the data and investigation group of Wuhan Municipal Health Commission) for their efforts in the data collection. In addition, we would like to thank the National Social Science Foundation of China (Grant No. 18ZDA085) for supporting the fund.

Author contributions

S.Y.C., C.W., X.X.Y., and Z.X.L. conceived the study. C.W., Y.C.H., T.T.W., K.L., H.B.X., and X.S. participated in the acquisition of data. S.B.W. and J.G. were responsible for the on-site specimen collection, laboratory testing quality evaluation, and control. Y.C.H., T.T.W., and L.Q.L. analyzed the data. H.J., Y.H.G., and F.J.S. gave advice on methodology. Q.F.T. and C.Z.L. investigated the responses to the citywide nucleic acid testing among residents lived in outside of Wuhan city. S.Y.C., Y.G., C.W., and X.X.Y. drafted the manuscript, Y.G., M.B., and F.J.S. revised the manuscript, and M.B., C.Z.L., and F.J.S. critically commented and edited the manuscript. All authors read and approved the final manuscript. Z.X.L. is the guarantor of this study.

Competing interests

The authors declare no competing interests.

Additional information

Supplementary information is available for this paper at https://doi.org/10.1038/s41467-020-19802-w.

Correspondence and requests for materials should be addressed to C.L., F.S., X.Y. or Z.L.

Peer review information *Nature Communications* thanks Junxiong Vincent Pang and the other, anonymous reviewer(s) for their contribution to the peer review of this work. Peer review reports are available.

Reprints and permission information is available at http://www.nature.com/reprints

Publisher's note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



- Leerseite -

Anlage B312

Schock-Enthüllung bei Pfizer-Impfstoff-studien: Fast 100-prozentige Todesrate (!) unter ungeborenen Kindern bei Schwangeren!

20. 01. 2022



Vor kurzem berichtete UNSER MITTELEUROPA exklusiv über die gerichtlich erzwungene Herausgabe bisher in den USA unter Verschluss gehaltener und höchst brisanter Pfizer-Dokumente, die Studienergebnisse und Informationen zu den Corona-Impfstoffen enthalten (Pfizer beantragte eine Sperrung für die nächsten 55 Jahren und eine Ausnahme vom Freedom of Information Act (FOIA) durch die FDA). Nun werden nach und nach erste Details dieser Dokumente veröffentlicht und diese haben es in sich. Sie sind das Zeugnis unvorstellbarer Skrupellosigkeit und höchster Verschwörung.

Nahezu alle ungeborenen Kinder nach Impfung von Müttern verstorben

Dass es immer mehr Berichte aus aller Welt gibt, wonach gegen das Coronavirus geimpfte Schwangere ihre Kinder verlieren, oder diese „still" auf die Welt kommen, ist bekannt. Der Zusammenhang mit der Impfung wurde bisher freilich negiert und nicht untersucht.

Unter anderem geht aus den bisher veröffentlichten Unterlagen hervor, dass der Pharmariese innerhalb von nur **drei Monaten nach der Markteinführung** der COVID-Spritze mehr als **150.000 (!) Berichte über „schwerwiegende unerwünschte Ereignisse"** erhalten hat. Noch brisanter sind

aber die in Tabelle 6 enthaltenen Daten über schwangere und stillende Frauen, die die Spritze in den ersten Monaten der Markteinführung, die am 11. Dezember 2020 begann, erhalten haben. Bei den meisten Frauen dürfte es sich um Beschäftigte im Gesundheitswesen gehandelt haben, da die ersten Impfungen an diese Personengruppe gingen. Da die klinischen Studien, die der Einführung vorausgingen, schwangere Frauen ausschlossen, wären dies die ersten schwangeren und stillenden Frauen gewesen, die die Impfstoffe erhalten haben.

Aus Tabelle 6 geht hervor, dass von 270 „einzigartigen Schwangerschaften", die dem Impfstoff ausgesetzt waren, „für 238 Schwangerschaften kein Ergebnis angegeben wurde" – dazu später mehr.

Damit verbleiben 32 Schwangerschaften mit bekannten Ergebnissen.

Im Bericht von Pfizer heißt es, dass es 23 Spontanaborte (Fehlgeburten), zwei Frühgeburten mit Neugeborenentod, zwei Spontanaborte mit intrauterinem Tod, ein Spontanabort mit Neugeborenentod und eine Schwangerschaft mit „normalem Ausgang" gab. Das bedeutet, dass von 32 Schwangerschaften mit bekanntem Ausgang 28 mit dem Tod des Fötus endeten.

In dem Bericht von Pfizer heißt es, dass es fünf Schwangerschaften mit „offenem Ausgang" gab sowie 238 mit „kein Ausgang angegeben". Aber 32 minus 28 ergibt vier, nicht fünf. Lifesitenews, dass diese Zahlen exklusiv enthüllte, fragte bei Pfizer nach, erhielt allerdings keine Antwort.

Hier kann das Dokument eingesehen werden.

Letztendlich bedeuteten die Ergebnisse, dass in mindestens 87.5% der Fälle Schwangere ihre Kinder nach der Corona-Impfung verloren! Global Research geht sogar von einer 100-prozentigen „Tötungsquote" aus (denn wären die „nicht gemeldeten Schwangerschaften" gut verlaufen, hätte man sie mit Sicherheit in die Studie gepackt):

„Wir wissen also nicht, was mit den 243 (5 + 238) Schwangerschaften dieser geimpften Frauen geschah; sie wurden einfach nicht in den Bericht aufgenommen. Was wir wissen, ist, dass von 27 gemeldeten Schwangerschaften (270 abzüglich 243) 28 tote Babys zu verzeichnen sind! Dies scheint zu bedeuten, dass eine Frau mit Zwillingen schwanger war und dass 100 % der ungeborenen Kinder starben."

Todesfälle unter ungeborenen Kinder steigen rasant

Die schockierenden Enthüllungen würden jedenfalls bedeuten, dass zumindest in den USA die Gesundheitsbehörde FDA im vollen Wissen dieser erschreckenden Zahlen dennoch die Zulassung der Pfizer-Impfstoffe ermöglichte und zudem andere Staaten nicht vor den fatalen Nebenwirkungen und Folgen warnte. Möglicherweise wollte man auch deshalb die Akten bis zum Jahr 2097 (!) unter Verschluss halten.

Im Lichte dieser Enthüllungen verwundert es auch nicht, dass es weltweit zu einem enormen Anstieg an Fehlgeburten und anderen Todesursachen unter ungeborenen Kindern kommt. Daten und Berichte dazu kommen unter anderem aus Schottland und von Whistleblowern aus Kanada.

Ein pensionierter Arzt in British Columbia, Dr. Mel Bruchet, behauptete im November, dass es alleine im Lion's Gate Hospital in Vancouver innerhalb von nur 24 Stunden 13 Totgeburten gegeben habe.

Dr. Daniel Nagase, ein Arzt aus Alberta, der sein Krankenhaus in Alberta verlassen musste, weil er drei COVID-Patienten (die alle lebend aus dem Krankenhaus entlassen wurden) mit Ivermectin behandelt hatte, erzählte einem Reporter, dass er zwischen Januar und Juli über 86 Totgeburten in Waterloo, Ontario, informiert worden war.

„Normalerweise sind es nur fünf oder sechs Totgeburten pro Jahr. Das heißt, eine Totgeburt alle zwei Monate ist die übliche Rate. Dass es plötzlich 86 Totgeburten in sechs Monaten gibt, ist also höchst ungewöhnlich. Aber die wichtigste Bestätigung, die wir aus dem Bericht aus Waterloo, Ontario, haben, ist, dass alle Mütter der 86 Totgeburten vollständig geimpft waren."

- Leerseite -

Anlage B313

Impfung im Gesundheitswesen - Studienliste Impfnebenwirkungen Stand: 19.01.2022

Over 1010 scientific studies and/or reports on the dangers associated with COVID injections related to blood clotting, myocarditis, pericarditis, thrombosis, thrombocytopenia, anaphylaxis, Bell's palsy, Guillain-Barre, deaths, etc.

1. Cerebral venous thrombosis after COVID-19 vaccination in the UK: a multicenter cohort study: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01608-1/fulltext
2. Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia with disseminated intravascular coagulation and death after ChAdOx1 nCoV-19 vaccination: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1052305721003414
3. Fatal cerebral hemorrhage after COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33928772/
4. Myocarditis after mRNA vaccination against SARS-CoV-2, a case series: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666602221000409
5. Three cases of acute venous thromboembolism in women after vaccination against COVID-19: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213333X21003929
6. Acute thrombosis of the coronary tree after vaccination against COVID-19: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1936879821003988
7. US case reports of cerebral venous sinus thrombosis with thrombocytopenia after vaccination with Ad26.COV2.S (against covid-19), March 2 to April 21, 2020: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33929487/
8. Portal vein thrombosis associated with ChAdOx1 nCov-19 vaccine: https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253(21)00197-7/fullte xt
9. Management of cerebral and splanchnic vein thrombosis associated with thrombocytopenia in subjects previously vaccinated with Vaxzevria (AstraZeneca): position statement of the Italian Society for the Study of Hemostasis and Thrombosis (SISET): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33871350/
10. Vaccine-induced immune immune thrombotic thrombocytopenia and cerebral venous sinus thrombosis after vaccination with COVID-19; a systematic review: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022510X21003014
11. Thrombosis with thrombocytopenia syndrome associated with COVID-19 vaccines: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735675721004381
12. Covid-19 vaccine-induced thrombosis and thrombocytopenia: a commentary on an important and practical clinical dilemma: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033062021000505
13. Thrombosis with thrombocytopenia syndrome associated with COVID-19 viral vector vaccines: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0953620521001904
14. COVID-19 vaccine-induced immune-immune thrombotic thrombocytopenia: an emerging cause of splanchnic vein thrombosis: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665268121000557
15. The roles of platelets in COVID-19-associated coagulopathy and vaccine-induced immune thrombotic immune thrombocytopenia (covid): https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1050173821000967
16. Roots of autoimmunity of thrombotic events after COVID-19 vaccination: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1568997221002160

17. Cerebral venous sinus thrombosis after vaccination: the United Kingdom experience: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01788-8/fulltext

18. Thrombotic immune thrombocytopenia induced by SARS-CoV-2 vaccine: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejme2106315

19. Myocarditis after immunization with COVID-19 mRNA vaccines in members of the US military. This article reports that in "23 male patients, including 22 previously healthy military members, myocarditis was identified within 4 days after receipt of the vaccine": https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2781601

20. Thrombosis and thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2104882?query=recirc_curatedRelated_article

21. Association of myocarditis with the BNT162b2 messenger RNA COVID-19 vaccine in a case series of children: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34374740/

22. Myocarditis and pericarditis after covid-19 vaccination: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2782900?fbclid=IwAR06pFKNF Mfx7N6RbPK6bYUZ1y8xPnnCK9K5iZYlcEzhX8t68syO5JBwp3w

23. Thrombotic thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCov-19: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2104840?query=recirc_curatedRelated_article

24. Post-mortem findings in vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia (covid-19): https://haematologica.org/article/view/haematol.2021.279075

25. Pathological antibodies against platelet factor 4 after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19. This article states: "In the absence of previous prothrombotic medical conditions, 22 patients had acute thrombocytopenia and thrombosis, mainly cerebral venous thrombosis, and 1 patient had isolated thrombocytopenia and a hemorrhagic phenotype": https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2105385?query=TOC&fbclid=IwA R2ifm2TQjetAMb42YRRUlKEeqCQe-lDasIWvjMgzHHaItbuPbu6n7NlG3cic.

26. Thrombocytopenia, including immune thrombocytopenia after receiving COVID-19 mRNA vaccines reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS): https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X21005247

27. Acute symptomatic myocarditis in seven adolescents after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccination: https://pediatrics.aappublications.org/content/early/2021/06/04/peds.2021-052478

28. Aphasia seven days after the second dose of an mRNA-based SARS-CoV-2 vaccine. Brain MRI revealed an intracerebral hemorrhage (ICBH) in the left temporal lobe in a 52-year-old man. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589238X21000292#f0005

29. Comparison of vaccine-induced thrombotic episodes between ChAdOx1 nCoV-19 and Ad26.COV.2.S vaccines: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0896841121000895

30. Hypothesis behind the very rare cases of thrombosis with thrombocytopenia syndrome after SARS-CoV-2 vaccination: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0049384821003315

31. Blood clots and bleeding episodes after BNT162b2 and ChAdOx1 nCoV-19 vaccination: analysis of European data: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0896841121000937

32. Cerebral venous thrombosis after BNT162b2 mRNA SARS-CoV-2 vaccine: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1052305721003098

33. Primary adrenal insufficiency associated with thrombotic immune thrombocytopenia induced by the Oxford-AstraZeneca ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (VITT): https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0953620521002363

34. Myocarditis and pericarditis after vaccination with COVID-19 mRNA: practical considerations for care providers: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0828282X21006243

35. "Portal vein thrombosis occurring after the first dose of SARS-CoV-2 mRNA vaccine in a patient with antiphospholipid syndrome": https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666572721000389

36. Early results of bivalirudin treatment for thrombotic thrombocytopenia and cerebral venous sinus thrombosis after vaccination with Ad26.COV2.S: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064421003425

37. Myocarditis, pericarditis and cardiomyopathy after COVID-19 vaccination: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1443950621011562

38. Mechanisms of immunothrombosis in vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia (VITT) compared to natural SARS-CoV-2 infection: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0896841121000706

39. Prothrombotic immune thrombocytopenia after COVID-19 vaccination: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006497121009411

40. Vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia: the dark chapter of a success story: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589936821000256

41. Cerebral venous sinus thrombosis negative for anti-PF4 antibody without thrombocytopenia after immunization with COVID-19 vaccine in a non-comorbid elderly Indian male treated with conventional heparin-warfarin based anticoagulation: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402121002046

42. Thrombosis after COVID-19 vaccination: possible link to ACE pathways: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049384821004369

43. Cerebral venous sinus thrombosis in the U.S. population after SARS-CoV-2 vaccination with adenovirus and after COVID-19: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109721051949

44. A rare case of a middle-aged Asian male with cerebral venous thrombosis after AstraZeneca COVID-19 vaccination: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675721005714

45. Cerebral venous sinus thrombosis and thrombocytopenia after COVID-19 vaccination: report of two cases in the United Kingdom: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S088915912100163X

46. Immune thrombocytopenic purpura after vaccination with COVID-19 vaccine (ChAdOx1 nCov-19): https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0006497121013963.

47. Antiphospholipid antibodies and risk of thrombophilia after COVID-19 vaccination: the straw that breaks the camel's back?: https://docs.google.com/document/d/1XzajasO8VMMnC3CdxSBKks1o7kiOLXFQ

48. Vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia, a rare but severe case of friendly fire in the battle against the COVID-19 pandemic: What pathogenesis?: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0953620521002314
49. Diagnostic-therapeutic recommendations of the ad-hoc FACME expert working group on the management of cerebral venous thrombosis related to COVID-19 vaccination: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485321000839
50. Thrombocytopenia and intracranial venous sinus thrombosis after exposure to the "AstraZeneca COVID-19 vaccine": https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33918932/
51. Thrombocytopenia following Pfizer and Moderna SARS-CoV-2 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33606296/
52. Severe and refractory immune thrombocytopenia occurring after SARS-CoV-2 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33854395/
53. Purpuric rash and thrombocytopenia after mRNA-1273 (Modern) COVID-19 vaccine: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7996471/
54. COVID-19 vaccination: information on the occurrence of arterial and venous thrombosis using data from VigiBase: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33863748/
55. Cerebral venous thrombosis associated with the covid-19 vaccine in Germany: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ana.26172
56. Cerebral venous thrombosis following BNT162b2 mRNA vaccination of BNT162b2 against SARS-CoV-2: a black swan event: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34133027/
57. The importance of recognizing cerebral venous thrombosis following anti-COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34001390/
58. Thrombosis with thrombocytopenia after messenger RNA vaccine -1273: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34181446/
59. Blood clots and bleeding after BNT162b2 and ChAdOx1 nCoV-19 vaccination: an analysis of European data: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34174723/
60. First dose of ChAdOx1 and BNT162b2 COVID-19 vaccines and thrombocytopenic, thromboembolic, and hemorrhagic events in Scotland: https://www.nature.com/articles/s41591-021-01408-4
61. Exacerbation of immune thrombocytopenia after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34075578/
62. First report of a de novo iTTP episode associated with a COVID-19 mRNA-based anti-COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34105244/
63. PF4 immunoassays in vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2106383
64. Antibody epitopes in vaccine-induced immune immune thrombotic thrombocytopenia: https://www.nature.com/articles/s41586-021-03744-4
65. Frequency of positive anti-PF4 antibody/polyanion antibody tests after COVID-19 vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 and BNT162b2: https://ashpublications.org/blood/article-abstract/138/4/299/475972/Frequency-of-p ositive-anti-PF4-polyanion-antibody?redirectedFrom=fulltext
66. Myocarditis with COVID-19 mRNA vaccines: https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056135

67. Myocarditis and pericarditis after COVID-19 vaccination: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2782900
68. Myocarditis temporally associated with COVID-19 vaccination: https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.055891.
69. COVID-19 Vaccination Associated with Myocarditis in Adolescents: https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2021/08/12/peds.2021-053427.full.pdf
70. Acute myocarditis after administration of BNT162b2 vaccine against COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33994339/
71. Temporal association between COVID-19 vaccine Ad26.COV2.S and acute myocarditis: case report and review of the literature: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553838921005789
72. COVID-19 vaccine-induced myocarditis: a case report with review of the literature: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402121002253
73. Potential association between COVID-19 vaccine and myocarditis: clinical and CMR findings: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936878X2100485X
74. Recurrence of acute myocarditis temporally associated with receipt of coronavirus mRNA disease vaccine 2019 (COVID-19) in a male adolescent: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002234762100617X
75. Fulminant myocarditis and systemic hyperinflammation temporally associated with BNT162b2 COVID-19 mRNA vaccination in two patients: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167527321012286.
76. Acute myocarditis after administration of BNT162b2 vaccine: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214250921001530
77. Lymphohistocytic myocarditis after vaccination with COVID-19 Ad26.COV2.S viral vector: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352906721001573
78. Myocarditis following vaccination with BNT162b2 in a healthy male: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675721005362
79. Acute myocarditis after Comirnaty (Pfizer) vaccination in a healthy male with previous SARS-CoV-2 infection: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1930043321005549
80. Myopericarditis after Pfizer mRNA COVID-19 vaccination in adolescents: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002234762100665X
81. Pericarditis after administration of BNT162b2 mRNA COVID-19 mRNA vaccine: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1885585721002218
82. Acute myocarditis after vaccination with SARS-CoV-2 mRNA-1273 mRNA: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589790X21001931
83. Temporal relationship between the second dose of BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine and cardiac involvement in a patient with previous SARS-COV-2 infection: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352906721000622
84. Myopericarditis after vaccination with COVID-19 mRNA in adolescents 12 to 18 years of age: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347621007368
85. Acute myocarditis after SARS-CoV-2 vaccination in a 24-year-old man:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870255121003243

86. Important information on myopericarditis after vaccination with Pfizer COVID-19 mRNA in adolescents: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347621007496

87. A series of patients with myocarditis after vaccination against SARS-CoV-2 with mRNA-1279 and BNT162b2: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936878X21004861

88. Takotsubo cardiomyopathy after vaccination with mRNA COVID-19: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1443950621011331

89. COVID-19 mRNA vaccination and myocarditis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34268277/

90. COVID-19 vaccine and myocarditis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34399967/

91. Epidemiology and clinical features of myocarditis/pericarditis before the introduction of COVID-19 mRNA vaccine in Korean children: a multicenter study https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resourc e/en/covidwho-1360706.

92. COVID-19 vaccines and myocarditis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34246566/

93. Myocarditis and other cardiovascular complications of COVID-19 mRNA-based COVID-19 vaccines https://www.cureus.com/articles/61030-myocarditis-and-other-cardiovascular-comp lications-of-the-mrna-based-covid-19-vaccines https://www.cureus.com/articles/61030-myocarditis-and-other-cardiovascular-comp lications-of-the-mrna-based-covid-19-vaccines

94. Myocarditis, pericarditis, and cardiomyopathy after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34340927/

95. Myocarditis with covid-19 mRNA vaccines: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056135

96. Association of myocarditis with COVID-19 mRNA vaccine in children: https://media.jamanetwork.com/news-item/association-of-myocarditis-with-mrna-co vid-19-vaccine-in-children/

97. Association of myocarditis with COVID-19 messenger RNA vaccine BNT162b2 in a case series of children: https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2783052

98. Myocarditis after immunization with COVID-19 mRNA vaccines in members of the U.S. military: https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2781601%5C

99. Myocarditis occurring after immunization with COVID-19 mRNA-based COVID-19 vaccines: https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2781600

100. Myocarditis following immunization with Covid-19 mRNA: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2109975

101. Patients with acute myocarditis after vaccination withCOVID-19 mRNA: https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2781602

102. Myocarditis associated with vaccination with COVID-19 mRNA: https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.2021211430

103. Symptomatic Acute Myocarditis in 7 Adolescents after Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccination: https://pediatrics.aappublications.org/content/148/3/e2021052478

104. Cardiovascular magnetic resonance imaging findings in young adult patients with

acute myocarditis after COVID-19 mRNA vaccination: a case series: https://jcmr-online.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12968-021-00795-4

105. Clinical Guidance for Young People with Myocarditis and Pericarditis after Vaccination with COVID-19 mRNA: https://www.cps.ca/en/documents/position/clinical-guidance-for-youth-with-myocar ditis-and-pericarditis

106. Cardiac imaging of acute myocarditis after vaccination with COVID-19 mRNA: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402228/

107. Case report: acute myocarditis after second dose of mRNA-1273 SARS-CoV-2 mRNA vaccine: https://academic.oup.com/ehjcr/article/5/8/ytab319/6339567

108. Myocarditis / pericarditis associated with COVID-19 vaccine: https://science.gc.ca/eic/site/063.nsf/eng/h_98291.html

109. Transient cardiac injury in adolescents receiving the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine: https://journals.lww.com/pidj/Abstract/9000/Transient_Cardiac_Injury_in_Adolesce nts_Receiving.95800.aspx

110. Perimyocarditis in adolescents after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine: https://academic.oup.com/jpids/advance-article/doi/10.1093/jpids/piab060/6329543

111. The new COVID-19 mRNA vaccine platform and myocarditis: clues to the possible underlying mechanism: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34312010/

112. Acute myocardial injury after COVID-19 vaccination: a case report and review of current evidence from the Vaccine Adverse Event Reporting System database: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34219532/

113. Be alert to the risk of adverse cardiovascular events after COVID-19 vaccination: https://www.xiahepublishing.com/m/2472-0712/ERHM-2021-00033

114. Myocarditis associated with COVID-19 vaccination: echocardiographic, cardiac tomography, and magnetic resonance imaging findings: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCIMAGING.121.013236

115. In-depth evaluation of a case of presumed myocarditis after the second dose of COVID-19 mRNA vaccine: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056038

116. Occurrence of acute infarct-like myocarditis after COVID-19 vaccination: just an accidental coincidence or rather a vaccination-associated autoimmune myocarditis?: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34333695/

117. Recurrence of acute myocarditis temporally associated with receipt of coronavirus mRNA disease vaccine 2019 (COVID-19) in a male adolescent: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8216855/

118. Myocarditis after SARS-CoV-2 vaccination: a vaccine-induced reaction?: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34118375/

119. Self-limited myocarditis presenting with chest pain and ST-segment elevation in adolescents after vaccination with the BNT162b2 mRNA vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34180390/

120. Myopericarditis in a previously healthy adolescent male after COVID-19 vaccination: Case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34133825/

121. Biopsy-proven lymphocytic myocarditis after first COVID-19 mRNA vaccination in a 40-year-old man: case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34487236/

122. Insights from a murine model of COVID-19 mRNA vaccine-induced myopericarditis: could accidental intravenous injection of a vaccine induce myopericarditis?
a. https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab741/6359059

123. Unusual presentation of acute perimyocarditis after modern SARS-COV-2 mRNA-1237 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34447639/

124. Perimyocarditis after the first dose of mRNA-1273 SARS-CoV-2 (Modern) mRNA-1273 vaccine in a young healthy male: case report: https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12872-021-02183

125. Acute myocarditis after the second dose of SARS-CoV-2 vaccine: serendipity or causal relationship: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34236331/

126. Rhabdomyolysis and fasciitis induced by the COVID-19 mRNA vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34435250/

127. COVID-19 vaccine-induced rhabdomyolysis: case report with literature review: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34186348/.

128. GM1 ganglioside antibody and COVID-19-related Guillain Barre syndrome: case report, systemic review, and implications for vaccine development: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666354621000065

129. Guillain-Barré syndrome after AstraZeneca COVID-19 vaccination: causal or casual association: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0303846721004169

130. Sensory Guillain-Barré syndrome after ChAdOx1 nCov-19 vaccine: report of two cases and review of the literature: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165572821002186

131. Guillain-Barré syndrome after the first dose of SARS-CoV-2 vaccine: a temporary occurrence, not a causal association: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214250921000998.

132. Guillain-Barré syndrome presenting as facial diplegia after vaccination with COVID-19: a case report: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0736467921006442

133. Guillain-Barré syndrome after the first injection of ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: first report: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0035378721005853.

134. SARS-CoV-2 vaccines are not safe for those with Guillain-Barre syndrome following vaccination: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2049080121005343

135. Acute hyperactive encephalopathy following COVID-19 vaccination with dramatic response to methylprednisolone: a case report: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2049080121007536

136. Facial nerve palsy following administration of COVID-19 mRNA vaccines: analysis of self-report database: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971221007049

137. Neurological symptoms and neuroimaging alterations related to COVID-19 vaccine: cause or coincidence: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899707121003557.

138. New-onset refractory status epilepticus after ChAdOx1 nCoV-19 vaccination: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165572821001569

139. Acute myelitis and ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: coincidental or causal association: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165572821002137

140. Bell's palsy and SARS-CoV-2 vaccines: an unfolding story:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309921002735

141. Bell's palsy after the second dose of the Pfizer COVID-19 vaccine in a patient with a history of recurrent Bell's palsy: bhttps://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S266635462100020X

142. Acute-onset central serous retinopathy after immunization with COVID-19 mRNA vaccine:. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2451993621001456.

143. Bell's palsy after COVID-19 vaccination: case report: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S217358082100122X.

144. An academic hospital experience assessing the risk of COVID-19 mRNA vaccine using patient's allergy history: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213219821007972

145. COVID-19 vaccine-induced axillary and pectoral lymphadenopathy in PET: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1930043321002612

146. ANCA-associated vasculitis after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272638621007423

147. Late cutaneous reactions after administration of COVID-19 mRNA vaccines: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213219821007996

148. COVID-19 vaccine-induced rhabdomyolysis: case report with review of the literature: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402121001880

149. Clinical and pathologic correlates of skin reactions to COVID-19 vaccine, including V-REPP: a registry-based study: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962221024427

150. Thrombosis with thrombocytopenia syndrome associated with COVID-19 vaccines:. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735675721004381.

151. COVID-19 vaccine-associated anaphylaxis: a statement from the Anaphylaxis Committee of the World Allergy Organization:. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1939455121000119.

152. Cerebral venous sinus thrombosis negative for anti-PF4 antibody without thrombocytopenia after immunization with COVID-19 vaccine in an elderly, non-comorbid Indian male treated with conventional heparin-warfarin-based anticoagulation:. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402121002046.

153. Acute myocarditis after administration of BNT162b2 vaccine against COVID-19:. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S188558572100133X

154. Blood clots and bleeding after BNT162b2 and ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: an analysis of European data:. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0896841121000937.

155. immune thrombocytopenia associated with Pfizer-BioNTech's COVID-19 BNT162b2 mRNA vaccine:. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214250921002018.

156. Bullous drug eruption after the second dose of COVID-19 mRNA-1273 (Moderna) vaccine: Case report: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876034121001878.

157. COVID-19 RNA-based vaccines and the risk of prion disease: https://scivisionpub.com/pdfs/covid19-rna-based-vaccines-and-the-risk-of-prion-disease-1503.pdf

158. This study notes that 115 pregnant women lost their babies, out of 827 who participated in a study on the safety of covid-19 vaccines: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2104983.

159. Process-related impurities in the ChAdOx1 nCov-19 vaccine: https://www.researchsquare.com/article/rs-477964/v1

160. COVID-19 mRNA vaccine causing CNS inflammation: a case series: https://link.springer.com/article/10.1007/s00415-021-10780-7

161. Allergic reactions, including anaphylaxis, after receiving the first dose of the Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33475702/

162. Allergic reactions to the first COVID-19 vaccine: a potential role of polyethylene glycol: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33320974/

163. Pfizer Vaccine Raises Allergy Concerns: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33384356/

164. Allergic reactions, including anaphylaxis, after receiving the first dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine – United States, December 14-23, 2020: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33444297/

165. Allergic reactions, including anaphylaxis, after receiving first dose of Modern COVID-19 vaccine – United States, December 21, 2020-January 10, 2021: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33507892/

166. Reports of anaphylaxis after coronavirus disease vaccination 2019, South Korea, February 26-April 30, 2021: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34414880/

167. reports of anaphylaxis after receiving COVID-19 mRNA vaccines in the U.S.-Dec 14, 2020-Jan 18, 2021: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33576785/

168. Immunization practices and risk of anaphylaxis: a current, comprehensive update of COVID-19 vaccination data: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34269740/

169. Relationship between pre-existing allergies and anaphylactic reactions following administration of COVID-19 mRNA vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34215453/

170. Anaphylaxis Associated with COVID-19 mRNA Vaccines: Approach to Allergy Research: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33932618/

171. Severe Allergic Reactions after COVID-19 Vaccination with the Pfizer / BioNTech Vaccine in Great Britain and the USA: Position Statement of the German Allergy Societies: German Medical Association of Allergologists (AeDA), German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI) and Society for Pediatric Allergology and Environmental Medicine (GPA): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33643776/

172. Allergic reactions and anaphylaxis to LNP-based COVID-19 vaccines: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33571463/

173. Reported orofacial adverse effects from COVID-19 vaccines: the known and the unknown: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33527524/

174. Cutaneous adverse effects of available COVID-19 vaccines: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34518015/

175. Cumulative adverse event report of anaphylaxis following injections of COVID-19 mRNA vaccine (Pfizer-BioNTech) in Japan: the first month report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34347278/

176. COVID-19 vaccines increase the risk of anaphylaxis:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33685103/

177. Biphasic anaphylaxis after exposure to the first dose of the Pfizer-BioNTech COVID-19 mRNA vaccine COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34050949/

178. Allergenic components of the mRNA-1273 vaccine for COVID-19: possible involvement of polyethylene glycol and IgG-mediated complement activation: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33657648/

179. Polyethylene glycol (PEG) is a cause of anaphylaxis to Pfizer / BioNTech mRNA COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33825239/

180. Acute allergic reactions to COVID-19 mRNA vaccines: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33683290/

181. Polyethylene glycole allergy of the SARS CoV2 vaccine recipient: case report of a young adult recipient and management of future exposure to SARS-CoV2: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33919151/

182. Elevated rates of anaphylaxis after vaccination with Pfizer BNT162b2 mRNA vaccine against COVID-19 in Japanese healthcare workers; a secondary analysis of initial post-approval safety data: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34128049/

183. Allergic reactions and adverse events associated with administration of mRNA-based vaccines. A health system experience: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34474708/

184. Allergic reactions to COVID-19 vaccines: statement of the Belgian Society of Allergy and Clinical Immunology (BelSACI): https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17843286.2021.1909447?journalCode=yacb20.

185. IgE-mediated allergy to polyethylene glycol (PEG) as a cause of anaphylaxis to COVID-19 mRNA vaccines: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34318537/

186. Allergic reactions after COVID-19 vaccination: putting the risk in perspective: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34463751/

187. Anaphylactic reactions to COVID-19 mRNA vaccines: a call for further studies: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33846043/ 188.

188. Risk of severe allergic reactions to COVID-19 vaccines among patients with allergic skin disease: practical recommendations. An ETFAD position statement with external experts: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33752263/

189. COVID-19 vaccine and death: causality algorithm according to the WHO eligibility diagnosis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34073536/

190. Fatal brain hemorrhage after COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33928772/

191. A case series of skin reactions to COVID-19 vaccine in the Department of Dermatology at Loma Linda University: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34423106/

192. Skin reactions reported after Moderna and Pfizer's COVID-19 vaccination: a study based on a registry of 414 cases: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33838206/

193. Clinical and pathologic correlates of skin reactions to COVID-19 vaccine, including V-REPP: a registry-based study: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34517079/

194. Skin reactions after vaccination against SARS-COV-2: a nationwide Spanish cross-sectional study of 405 cases: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34254291/

195. Varicella zoster virus and herpes simplex virus reactivation after vaccination with COVID-19: review of 40 cases in an international dermatologic registry: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34487581/

196. Immune thrombosis and thrombocytopenia (VITT) associated with the COVID-19 vaccine: diagnostic and therapeutic recommendations for a new syndrome: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33987882/

197. Laboratory testing for suspicion of COVID-19 vaccine-induced thrombotic (immune) thrombocytopenia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34138513/

198. Intracerebral hemorrhage due to thrombosis with thrombocytopenia syndrome after COVID-19 vaccination: the first fatal case in Korea: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402235/

199. Risk of thrombocytopenia and thromboembolism after covid-19 vaccination and positive SARS-CoV-2 tests: self-controlled case series study: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34446426/

200. Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia and cerebral venous sinus thrombosis after covid-19 vaccination; a systematic review: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34365148/.

201. Nerve and muscle adverse events after vaccination with COVID-19: a systematic review and meta-analysis of clinical trials: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34452064/.

202. A rare case of cerebral venous thrombosis and disseminated intravascular coagulation temporally associated with administration of COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33917902/

203. Primary adrenal insufficiency associated with thrombotic immune thrombocytopenia induced by Oxford-AstraZeneca ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (VITT): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34256983/

204. Acute cerebral venous thrombosis and pulmonary artery embolism associated with the COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34247246/.

205. Thromboaspiration infusion and fibrinolysis for portomesenteric thrombosis after administration of AstraZeneca COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34132839/

206. 59-year-old woman with extensive deep venous thrombosis and pulmonary thromboembolism 7 days after a first dose of Pfizer-BioNTech BNT162b2 mRNA vaccine COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34117206/

207. Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccine-induced cerebral venous thrombosis and thrombocytopaenia: A missed opportunity for a rapid return of experience. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34033927/

208. Myocarditis and other cardiovascular complications of mRNA-based COVID-19 vaccines: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34277198/

209. Pericarditis after administration of COVID-19 mRNA BNT162b2 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34364831/

210. Unusual presentation of acute pericarditis after vaccination against SARS-COV-2 mRNA-1237 Modern: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34447639/

211. Case report: acute myocarditis after second dose of SARS-CoV-2 mRNA-1273 vaccine mRNA-1273: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34514306/

212. Immune-mediated disease outbreaks or recent-onset disease in 27 subjects after mRNA/DNA vaccination against SARS-CoV-2: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33946748/

213. Insights from a murine model of myopericarditis induced by COVID-19 mRNA vaccine: could accidental intravenous injection of a vaccine induce myopericarditis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34453510/

214. Immune thrombocytopenia in a 22-year-old post Covid-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33476455/

215. propylthiouracil-induced neutrophil anti-cytoplasmic antibody-associated vasculitis after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34451967/

216. Secondary immune thrombocytopenia (ITP) associated with ChAdOx1 Covid-19 vaccine: case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34377889/

217. Thrombosis with thrombocytopenia syndrome (TTS) following AstraZeneca ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) COVID-19 vaccination: risk-benefit analysis for persons <60 years in Australia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34272095/

218. COVID-19 vaccination association and facial nerve palsy: A case-control study: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34165512/

219. The association between COVID-19 vaccination and Bell's palsy: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34411533/

220. Bell's palsy after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33611630/

221. Acute transverse myelitis (ATM): clinical review of 43 patients with COVID-19-associated ATM and 3 serious adverse events of post-vaccination ATM with ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33981305/

222. Bell's palsy after 24 hours of mRNA-1273 SARS-CoV-2 mRNA-1273 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34336436/

223. Sequential contralateral facial nerve palsy after first and second doses of COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34281950/.

224. Transverse myelitis induced by SARS-CoV-2 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34458035/

225. Peripheral facial nerve palsy after vaccination with BNT162b2 (COVID-19): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33734623/

226. Acute abducens nerve palsy after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34044114/.

227. Facial nerve palsy after administration of COVID-19 mRNA vaccines: analysis of self-report database: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34492394/

228. Transient oculomotor paralysis after administration of RNA-1273 messenger vaccine for SARS-CoV-2 diplopia after COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34369471/

229. Bell's palsy after Ad26.COV2.S COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34014316/

230. Bell's palsy after COVID-19 vaccination: case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34330676/

231. A case of acute demyelinating polyradiculoneuropathy with bilateral facial palsy following ChAdOx1 nCoV-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34272622/

232. Guillian Barré syndrome after vaccination with mRNA-1273 against COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34477091/

233. Acute facial paralysis as a possible complication of SARS-CoV-2 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33975372/.

234. Bell's palsy after COVID-19 vaccination with high antibody response in CSF: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34322761/.

235. Parsonage-Turner syndrome associated with SARS-CoV-2 or SARS-CoV-2 vaccination. Comment on: "Neuralgic amyotrophy and COVID-19 infection: 2 cases of accessory spinal nerve palsy" by Coll et al. Articular Spine 2021; 88: 10519: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34139321/.

236. Bell's palsy after a single dose of vaccine mRNA. SARS-CoV-2: case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34032902/.

237. Autoimmune hepatitis developing after coronavirus disease vaccine 2019 (COVID-19): causality or victim?: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33862041/

238. Autoimmune hepatitis triggered by vaccination against SARS-CoV-2: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34332438/

239. Acute autoimmune-like hepatitis with atypical antimitochondrial antibody after vaccination with COVID-19 mRNA: a new clinical entity: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34293683/.

240. Autoimmune hepatitis after COVID vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34225251/

241. A novel case of bifacial diplegia variant of Guillain-Barré syndrome after vaccination with Janssen COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34449715/

242. Comparison of vaccine-induced thrombotic events between ChAdOx1 nCoV-19 and Ad26.COV.2.S vaccines: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34139631/.

243. Bilateral superior ophthalmic vein thrombosis, ischemic stroke and immune thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33864750/

244. Diagnosis and treatment of cerebral venous sinus thrombosis with vaccine-induced immune-immune thrombotic thrombocytopenia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33914590/

245. Venous sinus thrombosis after vaccination with ChAdOx1 nCov-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34420802/

246. Cerebral venous sinus thrombosis following vaccination against SARS-CoV-2: an analysis of cases reported to the European Medicines Agency: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34293217/

247. Risk of thrombocytopenia and thromboembolism after covid-19 vaccination and positive SARS-CoV-2 tests: self-controlled case series study: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34446426/

248. Blood clots and bleeding after BNT162b2 and ChAdOx1 nCoV-19 vaccination: an analysis of European data: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34174723/

249. Arterial events, venous thromboembolism, thrombocytopenia and bleeding after vaccination with Oxford-AstraZeneca ChAdOx1-S in Denmark and Norway: population-based cohort study: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33952445/

250. First dose of ChAdOx1 and BNT162b2 COVID-19 vaccines and thrombocytopenic,

thromboembolic and hemorrhagic events in Scotland: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34108714/

251. Cerebral venous thrombosis associated with COVID-19 vaccine in Germany: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34288044/

252. Malignant cerebral infarction after vaccination with ChAdOx1 nCov-19: a catastrophic variant of vaccine-induced immune-mediated thrombotic thrombocytopenia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34341358/

253. celiac artery and splenic artery thrombosis complicated by splenic infarction 7 days after the first dose of Oxford vaccine, causal relationship or coincidence: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34261633/.

254. Primary adrenal insufficiency associated with Oxford-AstraZeneca ChAdOx1 nCoV-19 (VITT) vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34256983/

255. Thrombocytopenia after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34332437/.

256. Cerebral venous sinus thrombosis associated with thrombocytopenia after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33845870/.

257. Thrombosis with thrombocytopenia syndrome after COVID-19 immunization: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34236343/

258. Acute myocardial infarction within 24 hours after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34364657/.

259. Bilateral acute macular neuroretinopathy after SARS-CoV-2 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34287612/

260. central venous sinus thrombosis with subarachnoid hemorrhage after COVID-19 mRNA vaccination: are these reports merely coincidental: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34478433/

261. Intracerebral hemorrhage due to thrombosis with thrombocytopenia syndrome after COVID-19 vaccination: the first fatal case in Korea: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402235/

262. Cerebral venous sinus thrombosis negative for anti-PF4 antibody without thrombocytopenia after immunization with COVID-19 vaccine in a non-comorbid elderly Indian male treated with conventional heparin-warfarin-based anticoagulation: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34186376/ 263.

263. Cerebral venous sinus thrombosis 2 weeks after first dose of SARS-CoV-2 mRNA vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34101024/

264. A case of multiple thrombocytopenia and thrombosis following vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 against SARS-CoV-2: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34137813/

265. Vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia: the elusive link between thrombosis and adenovirus-based SARS-CoV-2 vaccines: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34191218/ 266.

266. Acute ischemic stroke revealing immune thrombotic thrombocytopenia induced by ChAdOx1 nCov-19 vaccine: impact on recanalization strategy: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34175640/

267. New-onset refractory status epilepticus after ChAdOx1 nCoV-19 vaccine:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34153802/

268. Thrombosis with thrombocytopenia syndrome associated with COVID-19 viral vector vaccines: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34092488/

269. Pulmonary embolism, transient ischemic attack, and thrombocytopenia after Johnson & Johnson COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34261635/

270. Thromboaspiration infusion and fibrinolysis for portomesenteric thrombosis after administration of the AstraZeneca COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34132839/.

271. Spontaneous HIT syndrome: knee replacement, infection, and parallels with vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34144250/

272. Deep venous thrombosis (DVT) occurring shortly after second dose of SARS-CoV-2 mRNA vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33687691/

273. Procoagulant antibody-mediated procoagulant platelets in immune thrombotic thrombocytopenia associated with SARS-CoV-2 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34011137/.

274. Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia causing a severe form of cerebral venous thrombosis with high mortality rate: a case series: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34393988/.

275. Procoagulant microparticles: a possible link between vaccine-induced immune thrombocytopenia (VITT) and cerebral sinus venous thrombosis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34129181/.

276. Atypical thrombosis associated with the vaccine VaxZevria® (AstraZeneca): data from the French network of regional pharmacovigilance centers: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34083026/.

277. Acute cerebral venous thrombosis and pulmonary artery embolism associated with the COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34247246/.

278. Vaccine-induced thrombosis and thrombocytopenia with bilateral adrenal hemorrhage: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34235757/.

279. Palmar digital vein thrombosis after Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34473841/.

280. Cutaneous thrombosis associated with cutaneous necrosis following Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34189756/

281. Cerebral venous thrombosis following COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34045111/.

282. Lipschütz ulcers after AstraZeneca COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34366434/.

283. Amyotrophic Neuralgia secondary to Vaxzevri vaccine (AstraZeneca) COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34330677/

284. Thrombosis with thrombocytopenia after Messenger vaccine RNA-1273: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34181446/

285. Intracerebral hemorrhage twelve days after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34477089/

286. Thrombotic thrombocytopenia after vaccination with COVID-19: in search of the

underlying mechanism: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34071883/

287. Coronavirus (COVID-19) Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia (VITT): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34033367/

288. Comparison of adverse drug reactions among four COVID-19 vaccines in Europe using the EudraVigilance database: Thrombosis in unusual sites: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34375510/

289. Immunoglobulin adjuvant for vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34107198/

290. Severe vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia following vaccination with COVID-19: an autopsy case report and review of the literature: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34355379/.

291. A case of acute pulmonary embolism after immunization with SARS-CoV-2 mRNA: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34452028/

292. Neurosurgical considerations regarding decompressive craniectomy for intracerebral hemorrhage after SARS-CoV-2 vaccination in vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia-VITT: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34202817/

293. Thrombosis and SARS-CoV-2 vaccines: vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34237213/.

294. Acquired thrombotic thrombocytopenic thrombocytopenic purpura: a rare disease associated with the BNT162b2 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34105247/.

295. Immune complexes, innate immunity and NETosis in ChAdOx1 vaccine-induced thrombocytopenia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34405870/.

296. Sensory Guillain-Barré syndrome following ChAdOx1 nCov-19 vaccine: report of two cases and review of the literature: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34416410/.

297. Vogt-Koyanagi-Harada syndrome after COVID-19 and ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34462013/.

298. Reactivation of Vogt-Koyanagi-Harada disease under control for more than 6 years, after anti-SARS-CoV-2 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34224024/.

299. Post-vaccinal encephalitis after ChAdOx1 nCov-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34324214/

300. Neurological symptoms and neuroimaging alterations related to COVID-19 vaccine: cause or coincidence?: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34507266/

301. Fatal systemic capillary leak syndrome after SARS-COV-2 vaccination in a patient with multiple myeloma: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34459725/

302. Polyarthralgia and myalgia syndrome after vaccination with ChAdOx1 nCOV-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34463066/

303. Three cases of subacute thyroiditis after SARS-CoV-2 vaccination: post-vaccination ASIA syndrome: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34043800/.

304. Facial diplegia: a rare and atypical variant of Guillain-Barré syndrome and the Ad26.COV2.S vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34447646/

305. Association between ChAdOx1 nCoV-19 vaccination and bleeding episodes: large population-based cohort study: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34479760/.

306.fulminant myocarditis and systemic hyperinflammation temporally associated with BNT162b2 COVID-19 mRNA vaccination in two patients: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34416319/.

307.Adverse effects reported after COVID-19 vaccination in a tertiary care hospital, centered on cerebral venous sinus thrombosis (CVST): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34092166/

308.Induction and exacerbation of subacute cutaneous lupus erythematosus erythematosus after mRNA- or adenoviral vector-based SARS-CoV-2 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34291477/

309.Petechiae and peeling of fingers after immunization with BTN162b2 messenger RNA (mRNA)-based COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34513435/

310.Hepatitis C virus reactivation after COVID-19 vaccination: a case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34512037/

311.Bilateral immune-mediated keratolysis after immunization with SARS-CoV-2 recombinant viral vector vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34483273/.

312.Immune-mediated thrombocytopenic purpura after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine in an elderly woman: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34513446/

313.Platelet activation and modulation in thrombosis with thrombocytopenia syndrome associated with the ChAdO × 1 nCov-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34474550/

314.Reactive arthritis after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34033732/.

315.Two cases of Graves' disease after SARS-CoV-2 vaccination: an autoimmune / inflammatory syndrome induced by adjuvants: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33858208/

316.Acute relapse and impaired immunization after COVID-19 vaccination in a patient with multiple sclerosis treated with rituximab: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34015240/

317.Widespread fixed bullous drug eruption after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34482558/

318.COVID-19 mRNA vaccine causing CNS inflammation: a case series: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34480607/

319.Thymic hyperplasia after Covid-19 mRNA-based vaccination with Covid-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34462647/

320.Acute disseminated encephalomyelitis following vaccination against SARS-CoV-2: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34325334/

321.Tolosa-Hunt syndrome occurring after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34513398/

322.Systemic capillary extravasation syndrome following vaccination with ChAdOx1 nCOV-19 (Oxford-AstraZeneca): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34362727/

323.Immune-mediated thrombocytopenia associated with Ad26.COV2.S vaccine (Janssen; Johnson & Johnson): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34469919/.

324.Transient thrombocytopenia with glycoprotein-specific platelet autoantibodies after vaccination with Ad26.COV2.S: case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34516272/.

325.Acute hyperactive encephalopathy following COVID-19 vaccination with dramatic

response to methylprednisolone: case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34512961/

326. Transient cardiac injury in adolescents receiving the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34077949/

327. Autoimmune hepatitis developing after ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (Oxford-AstraZeneca): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34171435/

328. Severe relapse of multiple sclerosis after COVID-19 vaccination: a case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34447349/

329. Lymphohistocytic myocarditis after vaccination with the COVID-19 viral vector Ad26.COV2.S: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34514078/

330. Hemophagocytic lymphohistiocytosis after vaccination with ChAdOx1 nCov-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34406660/.

331. IgA vasculitis in adult patient after vaccination with ChadOx1 nCoV-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34509658/

332. A case of leukocytoclastic vasculitis after vaccination with a SARS-CoV2 vaccine: case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34196469/.

333. Onset / outbreak of psoriasis after Corona virus ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (Oxford-AstraZeneca / Covishield): report of two cases: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34350668/

334. Hailey-Hailey disease exacerbation after SARS-CoV-2 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34436620/

335. Supraclavicular lymphadenopathy after COVID-19 vaccination in Korea: serial follow-up by ultrasonography: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34116295/.

336. COVID-19 vaccine, immune thrombotic thrombocytopenia, jaundice, hyperviscosity: concern in cases with underlying hepatic problems: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34509271/.

337. Report of the International Cerebral Venous Thrombosis Consortium on cerebral venous thrombosis after SARS-CoV-2 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34462996/

338. Immune thrombocytopenia after vaccination during the COVID-19 pandemic: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34435486/

339. COVID-19: lessons from the Norwegian tragedy should be taken into account in planning for vaccine launch in less developed/developing countries: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34435142/

340. Rituximab-induced acute lympholysis and pancytopenia following vaccination with COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34429981/

341. Exacerbation of plaque psoriasis after COVID-19 inactivated mRNA and BNT162b2 vaccines: report of two cases: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34427024/

342. Vaccine-induced interstitial lung disease: a rare reaction to COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34510014/.

343. Vesiculobullous cutaneous reactions induced by COVID-19 mRNA vaccine: report of four cases and review of the literature: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34236711/

344. Vaccine-induced thrombocytopenia with severe headache: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34525282/

345. Acute perimyocarditis after the first dose of COVID-19 mRNA vaccine:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34515024/

346.Rhabdomyolysis and fasciitis induced by COVID-19 mRNA vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34435250/.

347.Rare cutaneous adverse effects of COVID-19 vaccines: a case series and review of the literature: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34363637/

348.Immune thrombocytopenia associated with the Pfizer-BioNTech COVID-19 mRNA vaccine BNT162b2: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214250921002018

349.Secondary immune thrombocytopenia putatively attributable to COVID-19 vaccination: https://casereports.bmj.com/content/14/5/e242220.abstract.

350.Immune thrombocytopenia following Pfizer-BioNTech BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34155844/

351.Newly diagnosed idiopathic thrombocytopenia after COVID-19 vaccine administration: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8176657/.

352.Idiopathic thrombocytopenic purpura and the Modern Covid-19 vaccine: https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(21)00122-0/fulltext.

353.Thrombocytopenia after Pfizer and Moderna SARS vaccination – CoV -2: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8014568/.

354.Immune thrombocytopenic purpura and acute liver injury after COVID-19 vaccination: https://casereports.bmj.com/content/14/7/e242678.full?int_source=trendmd&int_me dium=cpc&int_campaign=usage-042019

355.Collection of complement-mediated and autoimmune-mediated hematologic conditions after SARS-CoV-2 vaccination: https://ashpublications.org/bloodadvances/article/5/13/2794/476324/Autoimmune-a nd-complement-mediated-hematologic?utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc &utm_campaign=Blood_Advances_TrendMD_1.

356.Petechial rash associated with CoronaVac vaccination: first report of cutaneous side effects before phase 3 results: https://ejhp.bmj.com/content/early/2021/05/23/ejhpharm-2021-002794?int_source=t rendmd&int_medium=cpc&int_campaign=usage-042019

357.COVID-19 vaccines induce severe hemolysis in paroxysmal nocturnal hemoglobinuria: https://ashpublications.org/blood/article/137/26/3670/475905/COVID-19-vaccines-i nduce-severe-hemolysis-in

358.Cerebral venous thrombosis associated with COVID-19 vaccine in Germany: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34288044/.

359.Cerebral venous sinus thrombosis after COVID-19 vaccination : Neurological and radiological management: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34327553/.

360. Cerebral venous thrombosis and thrombocytopenia after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33878469/.

361. Cerebral venous sinus thrombosis and thrombocytopenia after COVID-19 vaccination: report of two cases in the United Kingdom: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33857630/.

362.Cerebral venous thrombosis induced by SARS-CoV-2 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34090750/.

363.Carotid artery immune thrombosis induced by adenovirus-vectored COVID-19 vaccine:

case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34312301/.

364. Cerebral venous sinus thrombosis associated with vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34333995/

365. The roles of platelets in COVID-19-associated coagulopathy and vaccine-induced immune-immune thrombotic thrombocytopenia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34455073/

366. Cerebral venous thrombosis after the BNT162b2 mRNA SARS-CoV-2 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34111775/.

367. Cerebral venous thrombosis after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34045111/

368. Lethal cerebral venous sinus thrombosis after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33983464/

369. Cerebral venous sinus thrombosis in the U.S. population, After SARS-CoV-2 vaccination with adenovirus and after COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34116145/

370. Cerebral venous thrombosis after COVID-19 vaccination: is the risk of thrombosis increased by intravascular administration of the vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34286453/.

371. Central venous sinus thrombosis with subarachnoid hemorrhage after COVID-19 mRNA vaccination: are these reports merely coincidental: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34478433/

372. Cerebral venous sinus thrombosis after ChAdOx1 nCov-19 vaccination with a misleading first brain MRI: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34244448/

373. Early results of bivalirudin treatment for thrombotic thrombocytopenia and cerebral venous sinus thrombosis after vaccination with Ad26.COV2.S: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34226070/

374. Cerebral venous sinus thrombosis associated with post-vaccination thrombocytopenia by COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33845870/.

375. Cerebral venous sinus thrombosis 2 weeks after the first dose of SARS-CoV-2 mRNA vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34101024/.

376. Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia causing a severe form of cerebral venous thrombosis with a high mortality rate: a case series: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34393988/.

377. Adenovirus interactions with platelets and coagulation and vaccine-associated autoimmune thrombocytopenia thrombosis syndrome: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34407607/.

378. Headache attributed to COVID-19 (SARS-CoV-2 coronavirus) vaccination with the ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine: a multicenter observational cohort study: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34313952/

379. Adverse effects reported after COVID-19 vaccination in a tertiary care hospital, focus on cerebral venous sinus thrombosis (CVST): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34092166/

380. Cerebral venous sinus thrombosis following vaccination against SARS-CoV-2: an analysis of cases reported to the European Medicines Agency: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34293217/

381. A rare case of a middle-age Asian male with cerebral venous thrombosis after COVID-19 AstraZeneca vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34274191/

382. Cerebral venous sinus thrombosis negative for anti-PF4 antibody without thrombocytopenia after immunization with COVID-19 vaccine in a non-comorbid elderly Indian male treated with conventional heparin-warfarin-based anticoagulation: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34186376/

383. Arterial events, venous thromboembolism, thrombocytopenia and bleeding after vaccination with Oxford-AstraZeneca ChAdOx1-S in Denmark and Norway: population-based cohort study: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33952445/

384. Procoagulant microparticles: a possible link between vaccine-induced immune thrombocytopenia (VITT) and cerebral sinus venous thrombosis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34129181/

385. U.S. case reports of cerebral venous sinus thrombosis with thrombocytopenia after vaccination with Ad26.COV2.S, March 2-April 21, 2021: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33929487/.

386. Malignant cerebral infarction after vaccination with ChAdOx1 nCov-19: a catastrophic variant of vaccine-induced immune-mediated thrombotic thrombocytopenia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34341358/

387. Acute ischemic stroke revealing immune thrombotic thrombocytopenia induced by ChAdOx1 nCov-19 vaccine: impact on recanalization strategy: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34175640/

388. Vaccine-induced immune thrombotic immune thrombocytopenia (VITT): a new clinicopathologic entity with heterogeneous clinical presentations: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34159588/.

389. Imaging and hematologic findings in thrombosis and thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 (AstraZeneca): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402666/

390. Autoimmunity roots of thrombotic events after vaccination with COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34508917/

391. Cerebral venous sinus thrombosis after vaccination: the UK experience: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34370974/

392. Massive cerebral venous thrombosis and venous basin infarction as late complications of COVID-19: a case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34373991/

393. Australian and New Zealand approach to the diagnosis and treatment of vaccine-induced immune thrombosis and immune thrombocytopenia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34490632/

394. An observational study to identify the prevalence of thrombocytopenia and anti-PF4 / polyanion antibodies in Norwegian health care workers after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33909350/

395. Acute transverse myelitis (ATM): clinical review of 43 patients with COVID-19-associated ATM and 3 serious adverse events of post-vaccination ATM with ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33981305/.

396. A case of acute demyelinating polyradiculoneuropathy with bilateral facial palsy after ChAdOx1 nCoV-19 vaccine:. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34272622/

397. Thrombocytopenia with acute ischemic stroke and hemorrhage in a patient recently vaccinated with an adenoviral vector-based COVID-19 vaccine:. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33877737/

398. Predicted and observed incidence of thromboembolic events among Koreans vaccinated with the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34254476/

399. First dose of ChAdOx1 and BNT162b2 COVID-19 vaccines and thrombocytopenic, thromboembolic, and hemorrhagic events in Scotland: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34108714/

400. ChAdOx1 nCoV-19 vaccine-associated thrombocytopenia: three cases of immune thrombocytopenia after 107,720 doses of ChAdOx1 vaccination in Thailand: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34483267/.

401. Pulmonary embolism, transient ischemic attack, and thrombocytopenia after Johnson & Johnson COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34261635/

402. Neurosurgical considerations with respect to decompressive craniectomy for intracerebral hemorrhage after SARS-CoV-2 vaccination in vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia-VITT: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34202817/

403. Large hemorrhagic stroke after vaccination against ChAdOx1 nCoV-19: a case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34273119/

404. Polyarthralgia and myalgia syndrome after vaccination with ChAdOx1 nCOV-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34463066/

405. A rare case of thrombosis and thrombocytopenia of the superior ophthalmic vein after ChAdOx1 nCoV-19 vaccination against SARS-CoV-2: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34276917/

406. Thrombosis and severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2 vaccines: vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34237213/.

407. Renal vein thrombosis and pulmonary embolism secondary to vaccine-induced thrombotic immune thrombocytopenia (VITT): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34268278/.

408. Limb ischemia and pulmonary artery thrombosis after ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (Oxford-AstraZeneca): a case of vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33990339/.

409. Association between ChAdOx1 nCoV-19 vaccination and bleeding episodes: large population-based cohort study: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34479760/.

410. Secondary thrombocytopenia after SARS-CoV-2 vaccination: case report of hemorrhage and hematoma after minor oral surgery: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314875/.

411. Venous thromboembolism and mild thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34384129/

412. Fatal exacerbation of ChadOx1-nCoV-19-induced thrombotic thrombocytopenia syndrome after successful initial therapy with intravenous immunoglobulins: a rationale for monitoring immunoglobulin G levels: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34382387/

413. A case of ANCA-associated vasculitis after AZD1222 (Oxford-AstraZeneca) SARS-CoV-2 vaccination: victim or causality?: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34416184/.

414. Intracerebral hemorrhage associated with vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia after ChAdOx1 nCOVID-19 vaccination in a pregnant woman: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34261297/

415. Massive cerebral venous thrombosis due to vaccine-induced immune thrombotic

thrombocytopenia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34261296/

416. Nephrotic syndrome after ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARScoV-2: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34250318/.

417. A case of vaccine-induced immune-immune thrombotic thrombocytopenia with massive arteriovenous thrombosis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34059191/

418. Cutaneous thrombosis associated with cutaneous necrosis following Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34189756/

419. Thrombocytopenia in an adolescent with sickle cell anemia after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34331506/

420. Vaccine-induced thrombocytopenia with severe headache: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34525282/

421. Myocarditis associated with SARS-CoV-2 mRNA vaccination in children aged 12 to 17 years: stratified analysis of a national database: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.30.21262866v1

422. COVID-19 mRNA vaccination and development of CMR-confirmed myopericarditis: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.13.21262182v1.full?s=09.

423. Severe autoimmune hemolytic anemia after receipt of SARS-CoV-2 mRNA vaccine: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/trf.16672

424. Intravenous injection of coronavirus disease 2019 (COVID-19) mRNA vaccine can induce acute myopericarditis in a mouse model: https://t.co/j0IEM8cMXI

425. A report of myocarditis adverse events in the U.S. Vaccine Adverse Event Reporting System. (VAERS) in association with COVID-19 injectable biologics: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34601006/

426. This study concludes that: "The vaccine was associated with an excess risk of myocarditis (1 to 5 events per 100,000 persons). The risk of this potentially serious adverse event and of many other serious adverse events increased substantially after SARS-CoV-2 infection": https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2110475?query=featured_home

427. Bilateral uveitis after inoculation with COVID-19 vaccine: a case report: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971221007797

428. Myocarditis associated with SARS-CoV-2 mRNA vaccination in children aged 12 to 17 years: stratified analysis of a national database: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.30.21262866v1.

429. Immune-mediated hepatitis with the Moderna vaccine is no longer a coincidence but confirmed: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827821020936

430. Extensive investigations revealed consistent pathophysiologic alterations after vaccination with COVID-19 vaccines: https://www.nature.com/articles/s41421-021-00329-3

431. Lobar hemorrhage with ventricular rupture shortly after the first dose of an mRNA-based SARS-CoV-2 vaccine: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8553377/

432. Mrna COVID vaccines dramatically increase endothelial inflammatory markers and risk of Acute Coronary Syndrome as measured by PULS cardiac testing: a caution: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/circ.144.suppl_1.10712

433. ChAdOx1 interacts with CAR and PF4 with implications for thrombosis with thrombocytopenia syndrome:https://www.science.org/doi/10.1126/sciadv.abl8213

434. Lethal vaccine-induced immune thrombotic immune thrombocytopenia (VITT) following announcement 26.COV2.S: first documented case outside the U.S.: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34626338/

435. A prothrombotic thrombocytopenic disorder resembling heparin-induced thrombocytopenia after coronavirus-19 vaccination: https://europepmc.org/article/PPR/PPR304469 435.

436. VITT (vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia) after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34731555/

437. Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia (VITT): a new clinicopathologic entity with heterogeneous clinical presentations: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34159588/

438. Treatment of acute ischemic stroke associated with ChAdOx1 nCoV-19 vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34461442/

439. Spectrum of neurological complications after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34719776/.

440. Cerebral venous sinus thrombosis after vaccination: the UK experience: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34370974/

441. Cerebral venous vein/venous sinus thrombosis with thrombocytopenia syndrome after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34373413/

442. Portal vein thrombosis due to vaccine-induced immune thrombotic immune thrombocytopenia (VITT) after Covid vaccination with ChAdOx1 nCoV-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34598301/

443. Hematuria, a generalized petechial rash and headaches after Oxford AstraZeneca ChAdOx1 nCoV-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34620638/

444. Myocardial infarction and azygos vein thrombosis after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 in a hemodialysis patient: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34650896/

445. Takotsubo (stress) cardiomyopathy after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34625447/

446. Humoral response induced by Prime-Boost vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 and BNT162b2 mRNA vaccines in a patient with multiple sclerosis treated with teriflunomide: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34696248/

447. Guillain-Barré syndrome after ChAdOx1 nCoV-19 COVID-19 vaccination: a case series: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34548920/

448. Refractory vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia (VITT) treated with delayed therapeutic plasma exchange (TPE): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34672380/.

449. Rare case of COVID-19 vaccine-associated intracranial hemorrhage with venous sinus thrombosis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34556531/.

450. Delayed headache after COVID-19 vaccination: a warning sign for vaccine-induced cerebral venous thrombosis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34535076/.

451. Clinical features of vaccine-induced thrombocytopenia and immune thrombosis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34379914/.

452. Predictors of mortality in thrombotic thrombocytopenia after adenoviral COVID-19 vaccination: the FAPIC score: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34545400/

453. Ischemic stroke as a presenting feature of immune thrombotic thrombocytopenia induced by ChAdOx1-nCoV-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34035134/

454. In-hospital observational study of neurological disorders in patients recently vaccinated with COVID-19 mRNA vaccines: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34688190/

455. Endovascular treatment for vaccine-induced cerebral venous sinus thrombosis and thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19: report of three cases: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34782400/

456. Cardiovascular, neurological, and pulmonary events after vaccination with BNT162b2, ChAdOx1 nCoV-19, and Ad26.COV2.S vaccines: an analysis of European data: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34710832/

457. Cerebral venous thrombosis developing after COVID-19 vaccination: COVID-19: VITT, VATT, TTS and more: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34695859/

458. Cerebral venous thrombosis and myeloproliferative neoplasms: a three-center study of 74 consecutive cases: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34453762/.

459. Possible triggers of thrombocytopenia and/or hemorrhage by BNT162b2 vaccine, Pfizer-BioNTech: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34660652/.

460. Multiple sites of arterial thrombosis in a 35-year-old patient after vaccination with ChAdOx1 (AstraZeneca), which required emergency femoral and carotid surgical thrombectomy: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34644642/

461. Case series of vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia in a London teaching hospital: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34694650/

462. Neuro-ophthalmic complications with thrombocytopenia and thrombosis induced by ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34726934/

463. Thrombotic events after COVID-19 vaccination in over 50 years of age: results of a population-based study in Italy: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34835237/

464. Intracerebral hemorrhage associated with vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia after ChAdOx1 nCOVID-19 vaccination in a pregnant woman: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34261297/

465. Age- and sex-specific incidence of cerebral venous sinus thrombosis associated with Ad26.COV2.S COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34724036/.

466. Genital necrosis with cutaneous thrombosis following vaccination with COVID-19 mRNA: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34839563/

467. Cerebral venous sinus thrombosis after mRNA-based COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34783932/.

468. COVID-19 vaccine-induced immune thrombosis with thrombocytopenia thrombosis (VITT) and shades of gray in thrombus formation: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34624910/

469. Inflammatory myositis after vaccination with ChAdOx1: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34585145/

470. Acute ST-segment elevation myocardial infarction secondary to vaccine-induced immune thrombosis with thrombocytopenia (VITT): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34580132/.

471. A rare case of COVID-19 vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia (VITT) affecting the venosplanchnic and pulmonary arterial circulation from a UK district general

hospital: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34535492/

472. COVID-19 vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia: a case series: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34527501/

473. Thrombosis with Thrombocytopenia Syndrome (TTS) following AstraZeneca ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) COVID-19 vaccination - A risk-benefit analysis for people < 60 years in Australia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34272095/

474. Immune thrombocytopenia after immunization with Vaxzevria ChadOx1-S vaccine (AstraZeneca), Victoria, Australia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34756770/

475. Characteristics and outcomes of patients with cerebral venous sinus thrombosis in thrombotic immune thrombocytopenia induced by SARS-CoV-2 vaccine: https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2784622

476. Case study of thrombosis and thrombocytopenia syndrome after administration of the AstraZeneca COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34781321/

477. Thrombosis with Thrombocytopenia Syndrome Associated with COVID-19 Vaccines: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34062319/

478. Cerebral venous sinus thrombosis following vaccination with ChAdOx1: the first case of definite thrombosis with thrombocytopenia syndrome in India: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34706921/

479. COVID-19 vaccine-associated thrombosis with thrombocytopenia syndrome (TTS): systematic review and post hoc analysis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34698582/.

480. Case report of immune thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34751013/.

481. Acute transverse myelitis after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34684047/.

482. Concerns for adverse effects of thrombocytopenia and thrombosis after adenovirus-vectored COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34541935/

483. Major hemorrhagic stroke after ChAdOx1 nCoV-19 vaccination: a case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34273119/

484. Cerebral venous sinus thrombosis after COVID-19 vaccination: neurologic and radiologic management: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34327553/.

485. Thrombocytopenia with acute ischemic stroke and hemorrhage in a patient recently vaccinated with an adenoviral vector-based COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33877737/

486. Intracerebral hemorrhage and thrombocytopenia after AstraZeneca COVID-19 vaccine: clinical and diagnostic challenges of vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34646685/

487. Minimal change disease with severe acute kidney injury after Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccine: case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34242687/.

488. Case report: cerebral sinus vein thrombosis in two patients with AstraZeneca SARS-CoV-2 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34609603/

489. Case report: Pityriasis rosea-like rash after vaccination with COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34557507/

490. Extensive longitudinal transverse myelitis after ChAdOx1 nCOV-19 vaccine: case report:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34641797/.

491. Acute eosinophilic pneumonia associated with anti-COVID-19 vaccine AZD1222: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34812326/.

492. Thrombocytopenia, including immune thrombocytopenia after receiving COVID-19 mRNA vaccines reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34006408/

493. A case of ANCA-associated vasculitis after AZD1222 (Oxford-AstraZeneca) SARS-CoV-2 vaccination: victim or causality?: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34416184/

494. Vaccine-induced immune thrombosis and thrombocytopenia syndrome after adenovirus-vectored severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 vaccination: a new hypothesis on mechanisms and implications for future vaccine development: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34664303/.

495. Thrombosis in peripheral artery disease and thrombotic thrombocytopenia following adenoviral COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34649281/.

496. Newly diagnosed immune thrombocytopenia in a pregnant patient after coronavirus disease 2019 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34420249/

497. Cerebral venous sinus thrombosis and thrombotic events after vector-based COVID-19 vaccines: systematic review and meta-analysis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34610990/.

498. Sweet's syndrome after Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccine (AZD1222) in an elderly woman: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34590397/

499. Sudden sensorineural hearing loss after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34670143/.

500. Prevalence of serious adverse events among health care professionals after receiving the first dose of ChAdOx1 nCoV-19 coronavirus vaccine (Covishield) in Togo, March 2021: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34819146/.

501. Acute hemichorea-hemibalismus after COVID-19 (AZD1222) vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34581453/

502. Recurrence of alopecia areata after covid-19 vaccination: a report of three cases in Italy: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34741583/

503. Shingles-like skin lesion after vaccination with AstraZeneca for COVID-19: a case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34631069/

504. Thrombosis after COVID-19 vaccination: possible link to ACE pathways: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34479129/

505. Thrombocytopenia in an adolescent with sickle cell anemia after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34331506/

506. Leukocytoclastic vasculitis as a cutaneous manifestation of ChAdOx1 corona virus vaccine nCoV-19 (recombinant): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34546608/

507. Abdominal pain and bilateral adrenal hemorrhage from immune thrombotic thrombocytopenia induced by COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34546343/

508. Longitudinally extensive cervical myelitis after vaccination with inactivated virus based COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34849183/

509. Induction of cutaneous leukocytoclastic vasculitis after ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34853744/.

510. A case of toxic epidermal necrolysis after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34751429/.

511. Ocular adverse events following COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34559576/

512. Depression after ChAdOx1-S / nCoV-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34608345/.

513. Venous thromboembolism and mild thrombocytopenia after ChAdOx1 nCoV-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34384129/.

514. Recurrent ANCA-associated vasculitis after Oxford AstraZeneca ChAdOx1-S COVID-19 vaccination: a case series of two patients: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34755433/

515. Major artery thrombosis and vaccination against ChAdOx1 nCov-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34839830/

516. Rare case of contralateral supraclavicular lymphadenopathy after vaccination with COVID-19: computed tomography and ultrasound findings: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34667486/

517. Cutaneous lymphocytic vasculitis after administration of the second dose of AZD1222 (Oxford-AstraZeneca) Severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2 vaccine: chance or causality: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34726187/.

518. Pancreas allograft rejection after ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34781027/

519. Understanding the risk of thrombosis with thrombocytopenia syndrome following Ad26.COV2.S vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34595694/

520. Cutaneous adverse reactions of 35,229 doses of COVID-19 Sinovac and AstraZeneca vaccine COVID-19: a prospective cohort study in health care workers: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34661934/

521. Comments on thrombosis after vaccination: spike protein leader sequence could be responsible for thrombosis and antibody-mediated thrombocytopenia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34788138/

522. Eosinophilic dermatosis after AstraZeneca COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34753210/.

523. Severe immune thrombocytopenia following COVID-19 vaccination: report of four cases and review of the literature: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34653943/.

524. Relapse of immune thrombocytopenia after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34591991/

525. Thrombosis in pre- and post-vaccination phase of COVID-19; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34650382/

526. A look at the role of postmortem immunohistochemistry in understanding the inflammatory pathophysiology of COVID-19 disease and vaccine-related thrombotic adverse events: a narrative review: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34769454/

527. COVID-19 vaccine in patients with hypercoagulability disorders: a clinical perspective: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34786893/

528. Vaccine-associated thrombocytopenia and thrombosis: venous endotheliopathy leading to combined venous micro-macrothrombosis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34833382/

529. Thrombosis and thrombocytopenia syndrome causing isolated symptomatic carotid occlusion after COVID-19 Ad26.COV2.S vaccine (Janssen): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34670287/

530. An unusual presentation of acute deep vein thrombosis after Modern COVID-19 vaccine: case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34790811/

531. Immediate high-dose intravenous immunoglobulins followed by direct thrombin-inhibitor treatment is crucial for survival in Sars-Covid-19-adenoviral vector vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia VITT with cerebral sinus venous and portal vein thrombosis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34023956/.

532. Thrombosis formation after COVID-19 vaccination immunologic aspects: review article: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34629931/

533. Imaging and hematologic findings in thrombosis and thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 (AstraZeneca): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402666/

534. Spectrum of neuroimaging findings in post-CoVID-19 vaccination: a case series and review of the literature: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34842783/

535. Cerebral venous sinus thrombosis, pulmonary embolism, and thrombocytopenia after COVID-19 vaccination in a Taiwanese man: a case report and review of the literature: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34630307/

536. Fatal cerebral venous sinus thrombosis after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33983464/

537. Autoimmune roots of thrombotic events after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34508917/.

538. New portal vein thrombosis in cirrhosis: is thrombophilia exacerbated by vaccine or COVID-19: https://www.jcehepatology.com/article/S0973-6883(21)00545-4/fulltext.

539. Images of immune thrombotic thrombocytopenia induced by Oxford / AstraZeneca® COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33962903/.

540. Cerebral venous sinus thrombosis after vaccination with COVID-19 mRNA of BNT162b2: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34796065/.

541. Increased risk of urticaria/angioedema after BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccination in health care workers taking ACE inhibitors: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34579248/

542. A case of unusual mild clinical presentation of COVID-19 vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia with splanchnic vein thrombosis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34843991/

543. Cerebral venous sinus thrombosis following vaccination with Pfizer-BioNTech COVID-19 (BNT162b2): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34595867/

544. A case of idiopathic thrombocytopenic purpura after a booster dose of COVID-19 BNT162b2 vaccine (Pfizer-Biontech): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34820240/

545. Vaccine-induced immune thrombotic immune thrombocytopenia (VITT): targeting pathologic mechanisms with Bruton's tyrosine kinase inhibitors: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33851389/

546. Thrombotic thrombocytopenic purpura after vaccination with Ad26.COV2-S:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33980419/

547. Thromboembolic events in younger females exposed to Pfizer-BioNTech or Moderna COVID-19 vaccines: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34264151/

548. Potential risk of thrombotic events after COVID-19 vaccination with Oxford-AstraZeneca in women receiving estrogen: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34734086/

549. Thrombosis after adenovirus-vectored COVID-19 vaccination: a concern for underlying disease: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34755555/

550. Adenovirus interactions with platelets and coagulation and vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia syndrome: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34407607/

551. Thrombotic thrombocytopenic purpura: a new threat after COVID bnt162b2 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34264514/.

552. Unusual site of deep vein thrombosis after vaccination against coronavirus mRNA-2019 coronavirus disease (COVID-19): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34840204/

553. Neurological side effects of SARS-CoV-2 vaccines: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34750810/

554. Coagulopathies after SARS-CoV-2 vaccination may derive from a combined effect of SARS-CoV-2 spike protein and adenovirus vector-activated signaling pathways: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34639132/

555. Isolated pulmonary embolism after COVID vaccination: 2 case reports and a review of acute pulmonary embolism complications and follow-up: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34804412/

556. Central retinal vein occlusion after vaccination with SARS-CoV-2 mRNA: case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34571653/.

557. Complicated case report of long-term vaccine-induced thrombotic immune thrombocytopenia A: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34835275/.

558. Deep venous thrombosis after vaccination with Ad26.COV2.S in adult males: xhttps://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34659839/.

559. Neurological autoimmune diseases after SARS-CoV-2 vaccination: a case series: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34668274/.

560. Severe autoimmune hemolytic autoimmune anemia after receiving SARS-CoV-2 mRNA vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34549821/

561. Occurrence of COVID-19 variants among recipients of ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (recombinant): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34528522/

562. Prevalence of thrombocytopenia, anti-platelet factor 4 antibodies, and elevated D-dimer in Thais after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34568726/

563. Epidemiology of acute myocarditis/pericarditis in Hong Kong adolescents after co-vaccination: https://academic.oup.com/cid/advance-article-abstract/doi/10.1093/cid/ciab989/644 5179.

564. Myocarditis after 2019 coronavirus disease mRNA vaccine: a case series and determination of incidence rate: https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab926/6420408

565. Myocarditis and pericarditis after COVID-19 vaccination: inequalities in age and vaccine

types: https://www.mdpi.com/2075-4426/11/11/1106

566. Epidemiology and clinical features of myocarditis/pericarditis before the introduction of COVID-19 mRNA vaccine in Korean children: a multicenter study: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402230/

567. Shedding light on post-vaccination myocarditis and pericarditis in COVID-19 and non-COVID-19 vaccine recipients: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34696294/

568. Myocarditis Following mRNA COVID-19 Vaccine: https://journals.lww.com/pec-online/Abstract/2021/11000/Myocarditis_Following_ mRNA_COVID_19_Vaccine.9.aspx.

569. Myocarditis following BNT162b2 mRNA Covid-19 mRNA vaccine in Israel: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34614328/.

570. Myocarditis, pericarditis, and cardiomyopathy following COVID-19 vaccination: https://www.heartlungcirc.org/article/S1443-9506(21)01156-2/fulltext

571. Myocarditis and other cardiovascular complications of COVID-19 mRNA-based COVID-19 vaccines: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34277198/

572. Possible Association Between COVID-19 Vaccine and Myocarditis: Clinical and CMR Findings: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34246586/

573. Hypersensitivity Myocarditis and COVID-19 Vaccines: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34856634/.

574. Severe myocarditis associated with COVID-19 vaccine: zebra or unicorn?: https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273(21)01477-7/f ulltext.

575. Acute myocardial infarction and myocarditis after COVID-19 vaccination: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8522388/# ffn_sectitle.

576. Myocarditis after Covid-19 vaccination in a large healthcare organization: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2110737?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id= ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed

577. Association of myocarditis with COVID-19 messenger RNA BNT162b2 vaccine in a case series of children: https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2783052

578. Clinical suspicion of myocarditis temporally related to COVID-19 vaccination in adolescents and young adults: https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056583?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed

579. STEMI mimicry: focal myocarditis in an adolescent patient after COVID-19 mRNA vaccination:. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34756746/

580. Myocarditis and pericarditis in association with COVID-19 mRNA vaccination: cases from a regional pharmacovigilance center: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8587334/# ffn_sectitle.

581. Myocarditis after COVID-19 mRNA vaccines: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34546329/.

582. Patients with acute myocarditis after COVID-19 mRNA vaccination:. https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2781602.

583. Myocarditis after COVID-19 vaccination: a case series: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X21011725?via%3Dihub.

584. Myocarditis associated with COVID-19 vaccination in adolescents:

https://publications.aap.org/pediatrics/article/148/5/e2021053427/181357/COVID-1 9-Vaccination-Associated-Myocarditis-in.

585. Myocarditis findings on cardiac magnetic resonance imaging after vaccination with COVID-19 mRNA in adolescents:. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34704459/

586. myocarditis after COVID-19 vaccination: magnetic resonance imaging study: https://academic.oup.com/ehjcimaging/advance-article/doi/10.1093/ehjci/jeab230/6 421640.

587. Acute myocarditis after administration of the second dose of BNT162b2 COVID-19 vaccine: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8599115/#ffn_sectitle.

588. Myocarditis after COVID-19 vaccination: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352906721001603?via%3Dihub.

589. Case report: probable myocarditis after Covid-19 mRNA vaccine in a patient with arrhythmogenic left ventricular cardiomyopathy: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34712717/.

590. Acute myocarditis after administration of BNT162b2 vaccine against COVID-19: https://www.revespcardiol.org/en-linkresolver-acute-myocarditis-after-administratio n-bnt162b2-S188558572100133X.

591. Myocarditis associated with COVID-19 mRNA vaccination:. https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.2021211430?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id= ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed.

592. Acute myocarditis after COVID-19 vaccination: a case report: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866321007098?via%3Dihu b.

593. Acute myopericarditis after COVID-19 vaccination in adolescents:. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34589238/.

594. Perimyocarditis in adolescents after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccination: https://academic.oup.com/jpids/article/10/10/962/6329543.

595. Acute myocarditis associated with anti-COVID-19 vaccination: https://ecevr.org/DOIx.php?id=10.7774/cevr.2021.10.2.196.

596. Myocarditis associated with COVID-19 vaccination: echocardiographic, cardiac CT, and MRI findings:. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34428917/.

597. Acute symptomatic myocarditis in 7 adolescents after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccination:. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34088762/.

598. Myocarditis and pericarditis in adolescents after first and second doses of COVID-19 mRNA vaccines:. https://academic.oup.com/ehjqcco/advance-article/doi/10.1093/ehjqcco/qcab090/64 42104.

599. COVID 19 vaccine for adolescents. Concern for myocarditis and pericarditis: https://www.mdpi.com/2036-7503/13/3/61.

600. Cardiac imaging of acute myocarditis after vaccination with COVID-19 mRNA: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402228/ 600.

601. Myocarditis temporally associated with COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34133885/

602. Acute myocardial injury after COVID-19 vaccination: a case report and review of current evidence from the vaccine adverse event reporting system database: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34219532/

603. Acute myocarditis associated with COVID-19 vaccination: report of a case: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8639400/# ffn_sectitle

604. Myocarditis following vaccination with COVID-19 messenger RNA: a Japanese case series: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34840235/.

605. Myocarditis in the setting of a recent COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34712497/.

606. Acute myocarditis after a second dose of COVID-19 mRNA vaccine: report of two cases: https://www.clinicalimaging.org/article/S0899-7071(21)00265-5/fulltext.

607. Prevalence of thrombocytopenia, antiplatelet factor 4 antibodies, and elevated D-dimer in Thais after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34568726/

608. Epidemiology of acute myocarditis/pericarditis in Hong Kong adolescents after co-vaccination: https://academic.oup.com/cid/advance-article-abstract/doi/10.1093/cid/ciab989/6445179

609. Myocarditis after 2019 coronavirus disease mRNA vaccine: a case series and incidence rate determination: https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab926/6420408.

610. Myocarditis and pericarditis after COVID-19 vaccination: inequalities in age and vaccine types: https://www.mdpi.com/2075-4426/11/11/1106

611. Epidemiology and clinical features of myocarditis/pericarditis before the introduction of COVID-19 mRNA vaccine in Korean children: a multicenter study: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402230/

612. Shedding light on post-vaccination myocarditis and pericarditis in COVID-19 and non-COVID-19 vaccine recipients: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34696294/

613. Diffuse prothrombotic syndrome after administration of ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34615534/

614. Three cases of acute venous thromboembolism in women after coronavirus 2019 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34352418/

615. Clinical and biological features of cerebral venous sinus thrombosis after vaccination with ChAdOx1 nCov-19; https://jnnp.bmj.com/content/early/2021/09/29/jnnp-2021-327340.long

616. CAd26.COV2-S vaccination may reveal hereditary thrombophilia: massive cerebral venous sinus thrombosis in a young man with normal platelet count: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34632750/

617. Post-mortem findings in vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia: https://haematologica.org/article/view/haematol.2021.279075

618. COVID-19 vaccine-induced thrombosis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34802488/.

619. Inflammation and platelet activation after COVID-19 vaccines: possible mechanisms behind vaccine-induced immune thrombocytopenia and thrombosis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34887867/.

620. Anaphylactoid reaction and coronary thrombosis related to COVID-19 mRNA vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34863404/.

621. Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccine-induced cerebral venous thrombosis and thrombocytopaenia: A missed opportunity for a rapid return of experience:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235255682100093X?via%3Dihu b

622. Occurrence of splenic infarction due to arterial thrombosis after vaccination with COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34876440/

623. Deep venous thrombosis more than two weeks after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33928773/

624. Case report: Take a second look: Cerebral venous thrombosis related to Covid-19 vaccination and thrombotic thrombocytopenia syndrome: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34880826/

625. Information on ChAdOx1 nCoV-19 vaccine-induced immune-mediated thrombotic thrombocytopenia: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34587242/

626. Change in blood viscosity after COVID-19 vaccination: estimation for persons with underlying metabolic syndrome: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34868465/

627. Management of a patient with a rare congenital limb malformation syndrome after SARS-CoV-2 vaccine-induced thrombosis and thrombocytopenia (VITT): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34097311/

628. Bilateral thalamic stroke: a case of COVID-19 (VITT) vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia or a coincidence due to underlying risk factors: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34820232/.

629. Thrombocytopenia and splanchnic thrombosis after vaccination with Ad26.COV2.S successfully treated with transjugular intrahepatic intrahepatic portosystemic shunt and thrombectomy: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajh.26258

630. Incidence of acute ischemic stroke after coronavirus vaccination in Indonesia: case series: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34579636/

631. Successful treatment of vaccine-induced immune immune thrombotic thrombocytopenia in a 26-year-old female patient: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34614491/

632. Case report: vaccine-induced immune immune thrombotic thrombocytopenia in a patient with pancreatic cancer after vaccination with messenger RNA-1273: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34790684/

633. Idiopathic idiopathic external jugular vein thrombophlebitis after coronavirus disease vaccination (COVID-19): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33624509/.

634. Squamous cell carcinoma of the lung with hemoptysis following vaccination with tozinameran (BNT162b2, Pfizer-BioNTech): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34612003/

635. Vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia after Ad26.COV2.S vaccination in a man presenting as acute venous thromboembolism: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34096082/

636. Myocarditis associated with COVID-19 vaccination in three adolescent boys: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34851078/.

637. Cardiovascular magnetic resonance findings in young adult patients with acute myocarditis after COVID-19 mRNA vaccination: a case series: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34496880/

638. Perimyocarditis after vaccination with COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34866957/

639. Epidemiology of acute myocarditis/pericarditis in Hong Kong adolescents after co-vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34849657/.

640. Myocarditis-induced sudden death after BNT162b2 COVID-19 mRNA vaccination in Korea: case report focusing on histopathological findings: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34664804/

641. Acute myocarditis after vaccination with COVID-19 mRNA in adults aged 18 years or older: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34605853/

642. Recurrence of acute myocarditis temporally associated with receipt of the 2019 coronavirus mRNA disease vaccine (COVID-19) in an adolescent male: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34166671/

643. Young male with myocarditis after mRNA-1273 coronavirus disease-2019 (COVID-19) mRNA vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34744118/

644. Acute myocarditis after SARS-CoV-2 vaccination in a 24-year-old male: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34334935/.

645. 68 Ga-DOTATOC digital PET images of inflammatory cell infiltrates in myocarditis after vaccination with COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34746968/

646. Occurrence of acute infarct-like myocarditis after vaccination with COVID-19: just an accidental coincidence or rather a vaccination-associated autoimmune myocarditis?": https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34333695/.

647. Self-limited myocarditis presenting with chest pain and ST-segment elevation in adolescents after vaccination with BNT162b2 mRNA vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34180390/

648. Myocarditis Following Immunization with COVID-19 mRNA Vaccines in Members of the U.S. Military: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34185045/

649. Myocarditis after BNT162b2 vaccination in a healthy male: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34229940/

650. Myopericarditis in a previously healthy adolescent male after COVID-19 vaccination: Case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34133825/

651. Acute myocarditis after SARS-CoV-2 mRNA-1273 mRNA vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34308326/.

652. Chest pain with abnormal electrocardiogram redevelopment after injection of COVID-19 vaccine manufactured by Moderna: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34866106/

653. Biopsy-proven lymphocytic myocarditis after first vaccination with COVID-19 mRNA in a 40-year-old man: case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34487236/

654. Multimodality imaging and histopathology in a young man presenting with fulminant lymphocytic myocarditis and cardiogenic shock after vaccination with mRNA-1273: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34848416/

655. Report of a case of myopericarditis after vaccination with BNT162b2 COVID-19 mRNA in a young Korean male: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34636504/

656. Acute myocarditis after Comirnaty vaccination in a healthy male with previous SARS-CoV-2 infection: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34367386/

657. Acute myocarditis in a young adult two days after vaccination with Pfizer: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709227/

658. Case report: acute fulminant myocarditis and cardiogenic shock after messenger RNA coronavirus vaccination in 2019 requiring extracorporeal cardiopulmonary resuscitation: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34778411/

659. Acute myocarditis after 2019 coronavirus disease vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34734821/

660. A series of patients with myocarditis after vaccination against SARS-CoV-2 with mRNA-1279 and BNT162b2: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34246585/

661. Myopericarditis after Pfizer messenger ribonucleic acid coronavirus coronavirus disease vaccine in adolescents: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34228985/

662. Post-vaccination multisystem inflammatory syndrome in adults without evidence of prior SARS-CoV-2 infection: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34852213/

663. Acute myocarditis defined after vaccination with 2019 mRNA of coronavirus disease: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34866122/

664. Biventricular systolic dysfunction in acute myocarditis after SARS-CoV-2 mRNA-1273 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34601566/

665. Myocarditis following COVID-19 vaccination: MRI study: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34739045/.

666. Acute myocarditis after COVID-19 vaccination: case report: https://docs.google.com/document/d/1Hc4bh_qNbZ7UVm5BLxkRdMPnnI9zcCsl/e dit#.

667. Association of myocarditis with COVID-19 messenger RNA BNT162b2 vaccine COVID-19 in a case series of children: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34374740/

668. Clinical suspicion of myocarditis temporally related to COVID-19 vaccination in adolescents and young adults: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34865500/

669. Myocarditis following vaccination with Covid-19 in a large healthcare organization: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34614329/

670. AstraZeneca COVID-19 vaccine and Guillain-Barré syndrome in Tasmania: a causal link: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34560365/

671. COVID-19, Guillain-Barré and vaccineA dangerous mix: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34108736/.

672. Guillain-Barré syndrome after the first dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine: case report and review of reported cases: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34796417/.

673. Guillain-Barre syndrome after BNT162b2 COVID-19 vaccine: https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10072-021-05523-5.

674. COVID-19 adenovirus vaccines and Guillain-Barré syndrome with facial palsy: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ana.26258.

675. Association of receipt association of Ad26.COV2.S COVID-19 vaccine with presumed Guillain-Barre syndrome, February-July 2021: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2785009

676. A case of Guillain-Barré syndrome after Pfizer COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34567447/

677. Guillain-Barré syndrome associated with COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34648420/.

678. Rate of recurrent Guillain-Barré syndrome after COVID-19 BNT162b2 mRNA vaccine: https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2783708

679. Guillain-Barre syndrome after COVID-19 vaccination in an adolescent:

https://www.pedneur.com/article/S0887-8994(21)00221-6/fulltext.

680. Guillain-Barre syndrome after ChAdOx1-S / nCoV-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34114256/.

681. Guillain-Barre syndrome after COVID-19 mRNA-1273 vaccine: case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34767184/.

682. Guillain-Barre syndrome following SARS-CoV-2 vaccination in 19 patients: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34644738/.

683. Guillain-Barre syndrome presenting with facial diplegia following vaccination with COVID-19 in two patients: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34649856/

684. A rare case of Guillain-Barré syndrome after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34671572/

685. Neurological complications of COVID-19: Guillain-Barre syndrome after Pfizer COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33758714/

686. COVID-19 vaccine causing Guillain-Barre syndrome, an uncommon potential side effect: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34484780/

687. Guillain-Barre syndrome after the first dose of COVID-19 vaccination: case report; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34779385/.

688. Miller Fisher syndrome after Pfizer COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34817727/.

689. Miller Fisher syndrome after 2019 BNT162b2 mRNA coronavirus vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34789193/.

690. Bilateral facial weakness with a variant of paresthesia of Guillain-Barre syndrome after Vaxzevria COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34261746/

691. Guillain-Barre syndrome after the first injection of ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: first report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34217513/.

692. A case of sensory ataxic Guillain-Barre syndrome with immunoglobulin G anti-GM1 antibodies after first dose of COVID-19 BNT162b2 mRNA vaccine (Pfizer): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34871447/

693. Reporting of acute inflammatory neuropathies with COVID-19 vaccines: subgroup disproportionality analysis in VigiBase: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34579259/

694. A variant of Guillain-Barré syndrome after SARS-CoV-2 vaccination: AMSAN: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34370408/.

695. A rare variant of Guillain-Barré syndrome after vaccination with Ad26.COV2.S: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34703690/.

696. Guillain-Barré syndrome after SARS-CoV-2 vaccination in a patient with previous vaccine-associated Guillain-Barré syndrome: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34810163/

698. Guillain-Barré syndrome in an Australian state using mRNA and adenovirus-vector SARS-CoV-2 vaccines: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ana.26218.

699. Acute transverse myelitis after SARS-CoV-2 vaccination: case report and review of the literature: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34482455/.

700. Variant Guillain-Barré syndrome occurring after SARS-CoV-2 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34114269/.

701. Guillian-Barre syndrome with axonal variant temporally associated with Modern SARS-CoV-2 mRNA-based vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34722067/
702. Guillain-Barre syndrome after the first dose of SARS-CoV-2 vaccine: a temporary occurrence, not a causal association: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33968610/
703. SARS-CoV-2 vaccines can be complicated not only by Guillain-Barré syndrome but also by distal small fiber neuropathy: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34525410/
704. Clinical variant of Guillain-Barré syndrome with prominent facial diplegia after AstraZeneca 2019 coronavirus disease vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34808658/
705. Adverse event reporting and risk of Bell's palsy after COVID-19 vaccination: https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00646-0/fullte xt.
706. Bilateral facial nerve palsy and COVID-19 vaccination: causality or coincidence?: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34522557/
707. Left Bell's palsy after the first dose of mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine: case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34763263/.
708. Bell's palsy after inactivated vaccination with COVID-19 in a patient with a history of recurrent Bell's palsy: case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34621891/
709. Neurological complications after the first dose of COVID-19 vaccines and SARS-CoV-2 infection: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34697502/
710. Type I interferons as a potential mechanism linking COVID-19 mRNA vaccines with Bell's palsy: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33858693/
711. Acute transverse myelitis following inactivated COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34370410/
712. Acute transverse myelitis after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34579245/.
713. A case of longitudinally extensive transverse myelitis following Covid-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34182207/
714. Post COVID-19 transverse myelitis; a case report with review of the literature: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34457267/.
715. Beware of neuromyelitis optica spectrum disorder after vaccination with inactivated virus for COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34189662/
716. Neuromyelitis optica in a healthy woman after vaccination against severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 mRNA-1273: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34660149/
717. Acute bilateral bilateral optic neuritis/chiasm with longitudinal extensive transverse myelitis in long-standing stable multiple sclerosis after vector-based vaccination against SARS-CoV-2: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34131771/
718. A case series of acute pericarditis after vaccination with COVID-19 in the context of recent reports from Europe and the United States: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34635376/
719. Acute pericarditis and cardiac tamponade after vaccination with Covid-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34749492/
720. Myocarditis and pericarditis in adolescents after the first and second doses of COVID-19 mRNA vaccines: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34849667/

721. Perimyocarditis in adolescents after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34319393/
722. Acute myopericarditis after COVID-19 vaccine in adolescents: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34589238/
723. Pericarditis after administration of the BNT162b2 mRNA vaccine COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34149145/
724. Case report: symptomatic pericarditis post COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34693198/.
725. An outbreak of Still's disease after COVID-19 vaccination in a 34-year-old patient: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34797392/
726. Lessons of the month 3: Hemophagocytic lymphohistiocytosis following COVID-19 vaccination (ChAdOx1 nCoV-19): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34862234/
727. Myocarditis after SARS-CoV-2 mRNA vaccination, a case series: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34396358/.
728. Miller-Fisher syndrome and Guillain-Barré syndrome overlap syndrome in a patient after Oxford-AstraZeneca SARS-CoV-2 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34848426/.
729. Immune-mediated disease outbreaks or new-onset disease in 27 subjects after mRNA/DNA vaccination against SARS-CoV-2: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33946748/
730. Post-mortem investigation of deaths after vaccination with COVID-19 vaccines: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34591186/
731. Acute kidney injury with macroscopic hematuria and IgA nephropathy after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34352309/
732. Relapse of immune thrombocytopenia after covid-19 vaccination in young male patient: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34804803/.
733. Immune thrombocytopenic purpura associated with COVID-19 mRNA vaccine Pfizer-BioNTech BNT16B2b2: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34077572/
734. Retinal hemorrhage after SARS-CoV-2 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34884407/.
735. Case report: anti-neutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis with acute renal failure and pulmonary hemorrhage can occur after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34859017/
736. Intracerebral hemorrhage due to vasculitis following COVID-19 vaccination: case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34783899/
737. Peduncular, symptomatic cavernous bleeding after immune thrombocytopenia-induced SARS-CoV-2 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34549178/.
738. Brain death in a vaccinated patient with COVID-19 infection: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34656887/
739. Generalized purpura annularis telangiectodes after SARS-CoV-2 mRNA vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34236717/.
740. Lobar hemorrhage with ventricular rupture shortly after the first dose of a SARS-CoV-2 mRNA-based SARS-CoV-2 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34729467/.

741. A case of outbreak of macroscopic hematuria and IgA nephropathy after SARS-CoV-2 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33932458/

742. Acral hemorrhage after administration of the second dose of SARS-CoV-2 vaccine. A post-vaccination reaction: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34092400/ 742.

743. Severe immune thrombocytopenic purpura after SARS-CoV-2 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34754937/

744. Gross hematuria after severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 vaccination in 2 patients with IgA nephropathy: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33771584/

745. Autoimmune encephalitis after ChAdOx1-S SARS-CoV-2 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34846583/

746. COVID-19 vaccine and death: causality algorithm according to the WHO eligibility diagnosis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34073536/

747. Bell's palsy after vaccination with mRNA (BNT162b2) and inactivated (CoronaVac) SARS-CoV-2 vaccines: a case series and a nested case-control study: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34411532/

748. Epidemiology of myocarditis and pericarditis following mRNA vaccines in Ontario, Canada: by vaccine product, schedule, and interval: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.02.21267156v1

749. Anaphylaxis following Covid-19 vaccine in a patient with cholinergic urticaria: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33851711/

750. Anaphylaxis induced by CoronaVac COVID-19 vaccine: clinical features and results of revaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34675550/.

751. Anaphylaxis after Modern COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34734159/.

752. Association of self-reported history of high-risk allergy with allergy symptoms after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34698847/

753. Sex differences in the incidence of anaphylaxis to LNP-mRNA vaccines COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34020815/

754. Allergic reactions, including anaphylaxis, after receiving the first dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine – United States, December 14 to 23, 2020: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33641264/

755. Allergic reactions, including anaphylaxis, after receiving the first dose of Modern COVID-19 vaccine – United States, December 21, 2020 to January 10, 2021: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33641268/

756. Prolonged anaphylaxis to Pfizer 2019 coronavirus disease vaccine: a case report and mechanism of action: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33834172/

757. Pseudo-anaphylaxis reactions to Pfizer BNT162b2 vaccine: report of 3 cases of anaphylaxis following vaccination with Pfizer BNT162b2: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34579211/

758. Biphasic anaphylaxis after first dose of 2019 messenger RNA coronavirus disease vaccine with positive polysorbate 80 skin test result: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34343674/

759. Acute myocardial infarction and myocarditis after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34586408/

760. Takotsubo syndrome after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34539938/.

761. Takotsubo cardiomyopathy after coronavirus 2019 vaccination in patient on maintenance hemodialysis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34731486/.

762. Premature myocardial infarction or side effect of COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33824804/

763. Myocardial infarction, stroke, and pulmonary embolism after BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in persons aged 75 years or older: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34807248/

764. Kounis syndrome type 1 induced by inactivated SARS-COV-2 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34148772/

765. Acute myocardial infarction within 24 hours after COVID-19 vaccination: is Kounis syndrome the culprit: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34702550/

766. Deaths associated with the recently launched SARS-CoV-2 vaccination (Comirnaty®): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33895650/

767. Deaths associated with recently launched SARS-CoV-2 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34425384/

768. A case of acute encephalopathy and non-ST-segment elevation myocardial infarction after vaccination with mRNA-1273: possible adverse effect: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34703815/ 767.

769. COVID-19 vaccine-induced urticarial vasculitis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34369046/.

770. ANCA-associated vasculitis after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34280507/.

771. New-onset leukocytoclastic vasculitis after COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34241833/

772. Cutaneous small vessel vasculitis after COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34529877/.

773. Outbreak of leukocytoclastic vasculitis after COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33928638/

774. Leukocytoclastic vasculitis after exposure to COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34836739/

775. Vasculitis and bursitis in [18 F] FDG-PET/CT after COVID-19 mRNA vaccine: post hoc ergo propter hoc?; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34495381/.

776. Cutaneous lymphocytic vasculitis after administration of COVID-19 mRNA vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34327795/

777. Cutaneous leukocytoclastic vasculitis induced by Sinovac COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34660867/.

778. Case report: ANCA-associated vasculitis presenting with rhabdomyolysis and crescentic Pauci-Inmune glomerulonephritis after vaccination with Pfizer-BioNTech COVID-19 mRNA: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34659268/

779. Reactivation of IgA vasculitis after vaccination with COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34848431/

780. Varicella-zoster virus-related small-vessel vasculitis after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34310759/.
781. Imaging in vascular medicine: leukocytoclastic vasculitis after COVID-19 vaccine booster: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34720009/
782. A rare case of Henoch-Schönlein purpura after a case report of COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34518812/
783. Cutaneous vasculitis following COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34611627/.
784. Possible case of COVID-19 mRNA vaccine-induced small-vessel vasculitis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34705320/.
785. IgA vasculitis following COVID-19 vaccination in an adult: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34779011/
786. Propylthiouracil-induced anti-neutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis following vaccination with COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34451967/
787. Coronavirus disease vaccine 2019 (COVID-19) in systemic lupus erythematosus and neutrophil anti-cytoplasmic antibody-associated vasculitis: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33928459/
788. Reactivation of IgA vasculitis after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34250509/
789. Clinical and histopathologic spectrum of delayed adverse skin reactions after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34292611/.
790. First description of immune complex vasculitis after COVID-19 vaccination with BNT162b2: case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34530771/.
791. Nephrotic syndrome and vasculitis after SARS-CoV-2 vaccine: true association or circumstantial: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34245294/.
792. Occurrence of de novo cutaneous vasculitis after vaccination against coronavirus disease (COVID-19): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34599716/.
793. Asymmetric cutaneous vasculitis after COVID-19 vaccination with unusual preponderance of eosinophils: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34115904/.
794. Henoch-Schönlein purpura occurring after vaccination with COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34247902/.
795. Henoch-Schönlein purpura following the first dose of COVID-19 viral vector vaccine: case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34696186/.
796. Granulomatous vasculitis after AstraZeneca anti-SARS-CoV-2 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34237323/.
797. Acute retinal necrosis due to varicella zoster virus reactivation after vaccination with BNT162b2 COVID-19 mRNA: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34851795/.
798. A case of generalized Sweet's syndrome with vasculitis triggered by recent vaccination with COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34849386/
799. Small-vessel vasculitis following Oxford-AstraZeneca vaccination against SARS-CoV-2: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34310763/
800. Relapse of microscopic polyangiitis after COVID-19 vaccination: case report:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34251683/.

801. Cutaneous vasculitis after severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34557622/.

802. Recurrent herpes zoster after COVID-19 vaccination in patients with chronic urticaria on cyclosporine treatment – A report of 3 cases: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34510694/

803. Leukocytoclastic vasculitis after coronavirus disease vaccination 2019: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34713472/ 803.

804. Outbreaks of mixed cryoglobulinemia vasculitis after vaccination against SARS-CoV-2: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34819272/

805. Cutaneous small-vessel vasculitis after vaccination with a single dose of Janssen Ad26.COV2.S: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34337124/

806. Case of immunoglobulin A vasculitis after vaccination against coronavirus disease 2019: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34535924/

807. Rapid progression of angioimmunoblastic T-cell lymphoma after BNT162b2 mRNA booster vaccination: case report: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.798095/full?fbclid=IwAR3ckIK1OuR4unrknRvUSuj1LWiTJvvvg-BF4JZZCxv_wQMKZpvIznABN2dE.

808. COVID-19 mRNA vaccination-induced lymphadenopathy mimics lymphoma progression on FDG PET / CT: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33591026/

809. Lymphadenopathy in COVID-19 vaccine recipients: diagnostic dilemma in oncology patients: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33625300/

810. Hypermetabolic lymphadenopathy after administration of BNT162b2 mRNA vaccine Covid-19: incidence assessed by [18 F] FDG PET-CT and relevance for study interpretation: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33774684/

811. Lymphadenopathy after COVID-19 vaccination: review of imaging findings: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33985872/

812. Evolution of bilateral hypermetabolic axillary hypermetabolic lymphadenopathy on FDG PET/CT after 2-dose COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34735411/

813. Lymphadenopathy associated with COVID-19 vaccination on FDG PET/CT: distinguishing features in adenovirus-vectored vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34115709/.

814. COVID-19 vaccination-induced lymphadenopathy in a specialized breast imaging clinic in Israel: analysis of 163 cases: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34257025/.

815. COVID-19 vaccine-related axillary lymphadenopathy in breast cancer patients: case series with literature review: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34836672/.

816. Coronavirus disease vaccine 2019 mimics lymph node metastases in patients undergoing skin cancer follow-up: a single-center study: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34280870/

817. COVID-19 post-vaccination lymphadenopathy: report of fine-needle aspiration biopsy cytologic findings: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34432391/

818. Regional lymphadenopathy after COVID-19 vaccination: review of the literature and considerations for patient management in breast cancer care: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34731748/

819. Subclinical axillary lymphadenopathy associated with COVID-19 vaccination on

screening mammography: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34906409/

820. Do you want even more proof? Listed here are 140 references to adverse events of COVID injection that may occur in children.Acute-onset supraclavicular lymphadenopathy coincident with intramuscular mRNA vaccination against COVID-19 may be related to the injection technique of the vaccine, Spain, January and February 2021: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33706861/

821. Supraclavicular lymphadenopathy after COVID-19 vaccination in Korea: serial follow-up by ultrasonography: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34116295/

822. Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccination induced lymphadenopathy on [18F] choline PET / CT, not just an FDG finding: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33661328/

823. Biphasic anaphylaxis after exposure to the first dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 mRNA vaccine COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34050949/

824. Axillary adenopathy associated with COVID-19 vaccination: imaging findings and follow-up recommendations in 23 women: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33624520/

825. A case of cervical lymphadenopathy following COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34141500/

826. Unique imaging findings of neurologic phantosmia after Pfizer-BioNtech COVID-19 vaccination: a case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34096896/

827. Thrombotic adverse events reported for Moderna, Pfizer, and Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccines: comparison of occurrence and clinical outcomes in the EudraVigilance database: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34835256/

828. Unilateral lymphadenopathy after COVID-19 vaccination: a practical management plan for radiologists of all specialties: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33713605/

829. Unilateral axillary adenopathy in the setting of COVID-19 vaccination: follow-up: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34298342/

830. A systematic review of cases of CNS demyelination following COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34839149/

831. Supraclavicular lymphadenopathy after COVID-19 vaccination: an increasing presentation in the two-week wait neck lump clinic: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33685772/

832. COVID-19 vaccine-related axillary and cervical lymphadenopathy in patients with current or previous breast cancer and other malignancies: cross-sectional imaging findings on MRI, CT and PET-CT: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34719892/

833. Adenopathy after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33625299/.

834. Incidence of axillary adenopathy on breast imaging after vaccination with COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34292295/.

835. COVID-19 vaccination and lower cervical lymphadenopathy in two-week neck lump clinic: a follow-up audit: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33947605/.

836. Cervical lymphadenopathy after coronavirus disease vaccination 2019: clinical features and implications for head and neck cancer services: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34526175/

837. Lymphadenopathy associated with the COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33786231/

838. Evolution of lymphadenopathy on PET/MRI after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33625301/.

839. Autoimmune hepatitis triggered by SARS-CoV-2 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34332438/.
840. New-onset nephrotic syndrome after Janssen COVID-19 vaccination: case report and literature review: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34342187/.
841. Massive cervical lymphadenopathy following vaccination with COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34601889/
842. ANCA glomerulonephritis following Modern COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34081948/
843. Month 1 lessons: extensive longitudinal transverse myelitis following AstraZeneca COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34507942/.
844. Systemic capillary extravasation syndrome after vaccination with ChAdOx1 nCOV-19 (Oxford-AstraZeneca): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34362727/
845. Unilateral axillary lymphadenopathy related to COVID-19 vaccine: pattern on screening breast MRI allowing benign evaluation: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34325221/
846. Axillary lymphadenopathy in patients with recent Covid-19 vaccination: a new diagnostic dilemma: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34825530/.
847. Minimal change disease and acute kidney injury after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34000278/
848. COVID-19 vaccine-induced unilateral axillary adenopathy: follow-up evaluation in the USA: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34655312/.
849. Gastroparesis after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34187985/.
850. Acute-onset supraclavicular lymphadenopathy coincident with intramuscular mRNA vaccination against COVID-19 may be related to the injection technique of the vaccine, Spain, January and February 2021: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33706861/
851. Supraclavicular lymphadenopathy after COVID-19 vaccination in Korea: serial follow-up by ultrasonography: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34116295/
852. Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccination induced lymphadenopathy on [18F] choline PET / CT, not just an FDG finding: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33661328/
853. Biphasic anaphylaxis after exposure to the first dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 mRNA vaccine COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34050949/
854. Axillary adenopathy associated with COVID-19 vaccination: imaging findings and follow-up recommendations in 23 women: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33624520/
855. A case of cervical lymphadenopathy following COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34141500/
856. Unique imaging findings of neurologic phantosmia after Pfizer-BioNtech COVID-19 vaccination: a case report: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34096896/
857. Thrombotic adverse events reported for Moderna, Pfizer, and Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccines: comparison of occurrence and clinical outcomes in the EudraVigilance database: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34835256/
858. Unilateral lymphadenopathy after COVID-19 vaccination: a practical management plan for radiologists of all specialties: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33713605/

859.Unilateral axillary adenopathy in the setting of COVID-19 vaccination: follow-up: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34298342/

860.A systematic review of cases of CNS demyelination following COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34839149/

861.Supraclavicular lymphadenopathy after COVID-19 vaccination: an increasing presentation in the two-week wait neck lump clinic: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33685772/

862.COVID-19 vaccine-related axillary and cervical lymphadenopathy in patients with current or previous breast cancer and other malignancies: cross-sectional imaging findings on MRI, CT and PET-CT: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34719892/

863.Adenopathy after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33625299/.

864.Incidence of axillary adenopathy on breast imaging after vaccination with COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34292295/.

865.COVID-19 vaccination and lower cervical lymphadenopathy in two-week neck lump clinic: a follow-up audit: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33947605/.

866.Cervical lymphadenopathy after coronavirus disease vaccination 2019: clinical features and implications for head and neck cancer services: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34526175/

867.Lymphadenopathy associated with the COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33786231/

868.Evolution of lymphadenopathy on PET/MRI after COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33625301/.

869.Autoimmune hepatitis triggered by SARS-CoV-2 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34332438/.

870.New-onset nephrotic syndrome after Janssen COVID-19 vaccination: case report and literature review: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34342187/.

871.Massive cervical lymphadenopathy following vaccination with COVID-19: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34601889/

872.ANCA glomerulonephritis following Modern COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34081948/

873.Month 1 lessons: extensive longitudinal transverse myelitis following AstraZeneca COVID-19 vaccination: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34507942/.

874.Systemic capillary extravasation syndrome after vaccination with ChAdOx1 nCOV-19 (Oxford-AstraZeneca): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34362727/

875.Unilateral axillary lymphadenopathy related to COVID-19 vaccine: pattern on screening breast MRI allowing benign evaluation: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34325221/

876.Axillary lymphadenopathy in patients with recent Covid-19 vaccination: a new diagnostic dilemma: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34825530/.

877.Minimal change disease and acute kidney injury after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34000278/

878.COVID-19 vaccine-induced unilateral axillary adenopathy: follow-up evaluation in the USA: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34655312/.

879.Gastroparesis after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccination:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34187985/.

880. Abbate, A., Gavin, J., Madanchi, N., Kim, C., Shah, P. R., Klein, K., . . . Danielides, S. (2021). Fulminant myocarditis and systemic hyperinflammation temporally associated with BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccination in two patients. *Int J Cardiol, 340*, 119-121. doi:10.1016/j.ijcard.2021.08.018. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34416319

881. Abu Mouch, S., Roguin, A., Hellou, E., Ishai, A., Shoshan, U., Mahamid, L., . . . Berar Yanay, N. (2021). Myocarditis following COVID-19 mRNA vaccination. *Vaccine, 39*(29), 3790-3793. doi:10.1016/j.vaccine.2021.05.087. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34092429

882. Albert, E., Aurigemma, G., Saucedo, J., & Gerson, D. S. (2021). Myocarditis following COVID-19 vaccination. *Radiol Case Rep, 16*(8), 2142-2145. doi:10.1016/j.radcr.2021.05.033. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34025885

883. Aye, Y. N., Mai, A. S., Zhang, A., Lim, O. Z. H., Lin, N., Ng, C. H., . . . Chew, N. W. S. (2021). Acute Myocardial Infarction and Myocarditis following COVID-19 Vaccination. *QJM*. doi:10.1093/qjmed/hcab252. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34586408

884. Azir, M., Inman, B., Webb, J., & Tannenbaum, L. (2021). STEMI Mimic: Focal Myocarditis in an Adolescent Patient After mRNA COVID-19 Vaccine. *J Emerg Med, 61*(6), e129-e132. doi:10.1016/j.jemermed.2021.09.017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34756746

885. Barda, N., Dagan, N., Ben-Shlomo, Y., Kepten, E., Waxman, J., Ohana, R., . . . Balicer, R. D. (2021). Safety of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Setting. *N Engl J Med, 385*(12), 1078-1090. doi:10.1056/NEJMoa2110475. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34432976

886. Bhandari, M., Pradhan, A., Vishwakarma, P., & Sethi, R. (2021). Coronavirus and cardiovascular manifestations- getting to the heart of the matter. *World J Cardiol, 13*(10), 556-565. doi:10.4330/wjc.v13.i10.556. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34754400

887. Bozkurt, B., Kamat, I., & Hotez, P. J. (2021). Myocarditis With COVID-19 mRNA Vaccines. *Circulation, 144*(6), 471-484. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056135. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34281357

888. Buchhorn, R., Meyer, C., Schulze-Forster, K., Junker, J., & Heidecke, H. (2021). Autoantibody Release in Children after Corona Virus mRNA Vaccination: A Risk Factor of Multisystem Inflammatory Syndrome? *Vaccines (Basel), 9*(11). doi:10.3390/vaccines9111353. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34835284

889. Calcaterra, G., Bassareo, P. P., Barilla, F., Romeo, F., & Mehta, J. L. (2022). Concerning the unexpected prothrombotic state following some coronavirus disease 2019 vaccines. *J Cardiovasc Med (Hagerstown), 23*(2), 71-74. doi:10.2459/JCM.0000000000001232. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34366403

890. Calcaterra, G., Mehta, J. L., de Gregorio, C., Butera, G., Neroni, P., Fanos, V., & Bassareo, P. P. (2021). COVID 19 Vaccine for Adolescents. Concern about Myocarditis and Pericarditis. *Pediatr Rep, 13*(3), 530-533. doi:10.3390/pediatric13030061. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34564344

891. Chai, Q., Nygaard, U., Schmidt, R. C., Zaremba, T., Moller, A. M., & Thorvig, C. M. (2022). Multisystem inflammatory syndrome in a male adolescent after his second Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine. *Acta Paediatr, 111*(1), 125-127.

doi:10.1111/apa.16141. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34617315

892. Chamling, B., Vehof, V., Drakos, S., Weil, M., Stalling, P., Vahlhaus, C., . . . Yilmaz, A. (2021). Occurrence of acute infarct-like myocarditis following COVID-19 vaccination: just an accidental co-incidence or rather vaccination-associated autoimmune myocarditis? *Clin Res Cardiol, 110*(11), 1850-1854. doi:10.1007/s00392-021-01916-w. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34333695

893. Chang, J. C., & Hawley, H. B. (2021). Vaccine-Associated Thrombocytopenia and Thrombosis: Venous Endotheliopathy Leading to Venous Combined Micro-Macrothrombosis. *Medicina (Kaunas), 57*(11). doi:10.3390/medicina57111163. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34833382

894. Chelala, L., Jeudy, J., Hossain, R., Rosenthal, G., Pietris, N., & White, C. (2021). Cardiac MRI Findings of Myocarditis After COVID-19 mRNA Vaccination in Adolescents. *AJR Am J Roentgenol*. doi:10.2214/AJR.21.26853. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34704459

895. Choi, S., Lee, S., Seo, J. W., Kim, M. J., Jeon, Y. H., Park, J. H., . . . Yeo, N. S. (2021). Myocarditis-induced Sudden Death after BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccination in Korea: Case Report Focusing on Histopathological Findings. *J Korean Med Sci, 36*(40), e286. doi:10.3346/jkms.2021.36.e286. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34664804

896. Chouchana, L., Blet, A., Al-Khalaf, M., Kafil, T. S., Nair, G., Robblee, J., . . . Liu, P. P. (2021). Features of Inflammatory Heart Reactions Following mRNA COVID-19 Vaccination at a Global Level. *Clin Pharmacol Ther*. doi:10.1002/cpt.2499. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34860360

897. Chua, G. T., Kwan, M. Y. W., Chui, C. S. L., Smith, R. D., Cheung, E. C., Tian, T., . . . Ip, P. (2021). Epidemiology of Acute Myocarditis/Pericarditis in Hong Kong Adolescents Following Comirnaty Vaccination. *Clin Infect Dis*. doi:10.1093/cid/ciab989. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34849657

898. Clarke, R., & Ioannou, A. (2021). Should T2 mapping be used in cases of recurrent myocarditis to differentiate between the acute inflammation and chronic scar? *J Pediatr*. doi:10.1016/j.jpeds.2021.12.026. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34933012

899. Colaneri, M., De Filippo, M., Licari, A., Marseglia, A., Maiocchi, L., Ricciardi, A., . . . Bruno, R. (2021). COVID vaccination and asthma exacerbation: might there be a link? *Int J Infect Dis, 112*, 243-246. doi:10.1016/j.ijid.2021.09.026. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34547487

900. Das, B. B., Kohli, U., Ramachandran, P., Nguyen, H. H., Greil, G., Hussain, T., . . . Khan, D. (2021). Myopericarditis after messenger RNA Coronavirus Disease 2019 Vaccination in Adolescents 12 to 18 Years of Age. *J Pediatr, 238*, 26-32 e21. doi:10.1016/j.jpeds.2021.07.044. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34339728

901. Das, B. B., Moskowitz, W. B., Taylor, M. B., & Palmer, A. (2021). Myocarditis and Pericarditis Following mRNA COVID-19 Vaccination: What Do We Know So Far? *Children (Basel), 8*(7). doi:10.3390/children8070607. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34356586

902. Deb, A., Abdelmalek, J., Iwuji, K., & Nugent, K. (2021). Acute Myocardial Injury Following COVID-19 Vaccination: A Case Report and Review of Current Evidence from Vaccine Adverse Events Reporting System Database. *J Prim Care Community Health, 12*, 21501327211029230. doi:10.1177/21501327211029230. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34219532

903. Dickey, J. B., Albert, E., Badr, M., Laraja, K. M., Sena, L. M., Gerson, D. S., . . .

Aurigemma, G. P. (2021). A Series of Patients With Myocarditis Following SARS-CoV-2 Vaccination With mRNA-1279 and BNT162b2. *JACC Cardiovasc Imaging, 14*(9), 1862-1863. doi:10.1016/j.jcmg.2021.06.003. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34246585

904. Dimopoulou, D., Spyridis, N., Vartzelis, G., Tsolia, M. N., & Maritsi, D. N. (2021). Safety and tolerability of the COVID-19 mRNA-vaccine in adolescents with juvenile idiopathic arthritis on treatment with TNF-inhibitors. *Arthritis Rheumatol*. doi:10.1002/art.41977. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34492161

905. Dimopoulou, D., Vartzelis, G., Dasoula, F., Tsolia, M., & Maritsi, D. (2021). Immunogenicity of the COVID-19 mRNA vaccine in adolescents with juvenile idiopathic arthritis on treatment with TNF inhibitors. *Ann Rheum Dis*. doi:10.1136/annrheumdis-2021221607. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34844930

906. Ehrlich, P., Klingel, K., Ohlmann-Knafo, S., Huttinger, S., Sood, N., Pickuth, D., & Kindermann, M. (2021). Biopsy-proven lymphocytic myocarditis following first mRNA COVID-19 vaccination in a 40-year-old male: case report. *Clin Res Cardiol, 110*(11), 1855-1859. doi:10.1007/s00392-021-01936-6. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34487236

907. El Sahly, H. M., Baden, L. R., Essink, B., Doblecki-Lewis, S., Martin, J. M., Anderson, E. J., . . . Group, C. S. (2021). Efficacy of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine at Completion of Blinded Phase. *N Engl J Med, 385*(19), 1774-1785. doi:10.1056/NEJMoa2113017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34551225

908. Facetti, S., Giraldi, M., Vecchi, A. L., Rogiani, S., & Nassiacos, D. (2021). [Acute myocarditis in a young adult two days after Pfizer vaccination]. *G Ital Cardiol (Rome), 22*(11), 891-893. doi:10.1714/3689.36746. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34709227

909. Fazlollahi, A., Zahmatyar, M., Noori, M., Nejadghaderi, S. A., Sullman, M. J. M., Shekarriz-Foumani, R., . . . Safiri, S. (2021). Cardiac complications following mRNA COVID-19 vaccines: A systematic review of case reports and case series. *Rev Med Virol*, e2318. doi:10.1002/rmv.2318. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34921468

910. Fazolo, T., Lima, K., Fontoura, J. C., de Souza, P. O., Hilario, G., Zorzetto, R., . . . Bonorino, C. (2021). Pediatric COVID-19 patients in South Brazil show abundant viral mRNA and strong specific anti-viral responses. *Nat Commun, 12*(1), 6844. doi:10.1038/s41467-021-27120-y. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34824230

911. Fikenzer, S., & Laufs, U. (2021). Correction to: Response to Letter to the editors referring to Fikenzer, S., Uhe, T., Lavall, D., Rudolph, U., Falz, R., Busse, M., Hepp, P., & Laufs, U. (2020). Effects of surgical and FFP2/N95 face masks on cardiopulmonary exercise capacity. Clinical research in cardiology: official journal of the German Cardiac Society, 1-9. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s00392-020-01704-y. *Clin Res Cardiol, 110*(8), 1352. doi:10.1007/s00392-021-01896-x. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34170372

912. Foltran, D., Delmas, C., Flumian, C., De Paoli, P., Salvo, F., Gautier, S., . . . Montastruc, F. (2021). Myocarditis and Pericarditis in Adolescents after First and Second doses of mRNA COVID-19 Vaccines. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. doi:10.1093/ehjqcco/qcab090. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34849667

913. Forgacs, D., Jang, H., Abreu, R. B., Hanley, H. B., Gattiker, J. L., Jefferson, A. M., & Ross, T. M. (2021). SARS-CoV-2 mRNA Vaccines Elicit Different Responses in Immunologically Naive and Pre-Immune Humans. *Front Immunol, 12*, 728021. doi:10.3389/fimmu.2021.728021. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34646267

914. Furer, V., Eviatar, T., Zisman, D., Peleg, H., Paran, D., Levartovsky, D., . . . Elkayam, O. (2021). Immunogenicity and safety of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases and in the general population: a

multicentre study. *Ann Rheum Dis, 80*(10), 1330-1338. doi:10.1136/annrheumdis-2021-220647. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34127481

915. Galindo, R., Chow, H., & Rongkavilit, C. (2021). COVID-19 in Children: Clinical Manifestations and Pharmacologic Interventions Including Vaccine Trials. *Pediatr Clin North Am, 68*(5), 961-976. doi:10.1016/j.pcl.2021.05.004. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34538306

916. Gargano, J. W., Wallace, M., Hadler, S. C., Langley, G., Su, J. R., Oster, M. E., . . . Oliver, S. E. (2021). Use of mRNA COVID-19 Vaccine After Reports of Myocarditis Among Vaccine Recipients: Update from the Advisory Committee on Immunization Practices – United States, June 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 70*(27), 977-982. doi:10.15585/mmwr.mm7027e2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34237049

917. Gatti, M., Raschi, E., Moretti, U., Ardizzoni, A., Poluzzi, E., & Diemberger, I. (2021). Influenza Vaccination and Myo-Pericarditis in Patients Receiving Immune Checkpoint Inhibitors: Investigating the Likelihood of Interaction through the Vaccine Adverse Event Reporting System and VigiBase. *Vaccines (Basel), 9*(1). doi:10.3390/vaccines9010019. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33406694

918. Gautam, N., Saluja, P., Fudim, M., Jambhekar, K., Pandey, T., & Al'Aref, S. (2021). A Late Presentation of COVID-19 Vaccine-Induced Myocarditis. *Cureus, 13*(9), e17890. doi:10.7759/cureus.17890. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34660088

919. Gellad, W. F. (2021). Myocarditis after vaccination against covid-19. *BMJ, 375*, n3090. doi:10.1136/bmj.n3090. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34916217

920. Greenhawt, M., Abrams, E. M., Shaker, M., Chu, D. K., Khan, D., Akin, C., . . . Golden, D. B. K. (2021). The Risk of Allergic Reaction to SARS-CoV-2 Vaccines and Recommended Evaluation and Management: A Systematic Review, Meta-Analysis, GRADE Assessment, and International Consensus Approach. *J Allergy Clin Immunol Pract, 9*(10), 3546-3567. doi:10.1016/j.jaip.2021.06.006. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34153517

921. Haaf, P., Kuster, G. M., Mueller, C., Berger, C. T., Monney, P., Burger, P., . . . Tanner, F. C. (2021). The very low risk of myocarditis and pericarditis after mRNA COVID-19 vaccination should not discourage vaccination. *Swiss Med Wkly, 151*, w30087. doi:10.4414/smw.2021.w30087. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34668687

922. Hasnie, A. A., Hasnie, U. A., Patel, N., Aziz, M. U., Xie, M., Lloyd, S. G., & Prabhu, S. D. (2021). Perimyocarditis following first dose of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 (Moderna) vaccine in a healthy young male: a case report. *BMC Cardiovasc Disord, 21*(1), 375. doi:10.1186/s12872-021-02183-3. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34348657

923. Hause, A. M., Gee, J., Baggs, J., Abara, W. E., Marquez, P., Thompson, D., . . . Shay, D. K. (2021). COVID-19 Vaccine Safety in Adolescents Aged 12-17 Years – United States, December 14, 2020-July 16, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 70*(31), 1053-1058. doi:10.15585/mmwr.mm7031e1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34351881

924. Helms, J. M., Ansteatt, K. T., Roberts, J. C., Kamatam, S., Foong, K. S., Labayog, J. S., & Tarantino, M. D. (2021). Severe, Refractory Immune Thrombocytopenia Occurring After SARS-CoV-2 Vaccine. *J Blood Med, 12*, 221-224. doi:10.2147/JBM.S307047. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33854395

925. Hippisley-Cox, J., Patone, M., Mei, X. W., Saatci, D., Dixon, S., Khunti, K., . . . Coupland, C. A. C. (2021). Risk of thrombocytopenia and thromboembolism after covid-19 vaccination and SARS-CoV-2 positive testing: self-controlled case series study. *BMJ, 374*, n1931. doi:10.1136/bmj.n1931. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34446426

926. Ho, J. S., Sia, C. H., Ngiam, J. N., Loh, P. H., Chew, N. W., Kong, W. K., & Poh, K. K. (2021). A review of COVID-19 vaccination and the reported cardiac manifestations. *Singapore Med J*. doi:10.11622/smedj.2021210. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34808708

927. Iguchi, T., Umeda, H., Kojima, M., Kanno, Y., Tanaka, Y., Kinoshita, N., & Sato, D. (2021). Cumulative Adverse Event Reporting of Anaphylaxis After mRNA COVID-19 Vaccine (Pfizer-BioNTech) Injections in Japan: The First-Month Report. *Drug Saf, 44*(11), 1209-1214. doi:10.1007/s40264-021-01104-9. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34347278

928. In brief: Myocarditis with the Pfizer/BioNTech and Moderna COVID-19 vaccines. (2021). *Med Lett Drugs Ther, 63*(1629), e9. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34544112https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34544112

929. Ioannou, A. (2021a). Myocarditis should be considered in those with a troponin rise and unobstructed coronary arteries following Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccination. *QJM*. doi:10.1093/qjmed/hcab231. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34463755

930. Ioannou, A. (2021b). T2 mapping should be utilised in cases of suspected myocarditis to confirm an acute inflammatory process. *QJM*. doi:10.1093/qjmed/hcab326. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34931681

931. Isaak, A., Feisst, A., & Luetkens, J. A. (2021). Myocarditis Following COVID-19 Vaccination. *Radiology, 301*(1), E378-E379. doi:10.1148/radiol.2021211766. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34342500

932. Istampoulouoglou, I., Dimitriou, G., Spani, S., Christ, A., Zimmermanns, B., Koechlin, S., . . . Leuppi-Taegtmeyer, A. B. (2021). Myocarditis and pericarditis in association with COVID-19 mRNA-vaccination: cases from a regional pharmacovigilance centre. *Glob Cardiol Sci Pract, 2021*(3), e202118. doi:10.21542/gcsp.2021.18. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34805376

933. Jaafar, R., Boschi, C., Aherfi, S., Bancod, A., Le Bideau, M., Edouard, S., . . . La Scola, B. (2021). High Individual Heterogeneity of Neutralizing Activities against the Original Strain and Nine Different Variants of SARS-CoV-2. *Viruses, 13*(11). doi:10.3390/v13112177. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34834983

934. Jain, S. S., Steele, J. M., Fonseca, B., Huang, S., Shah, S., Maskatia, S. A., . . . Grosse-Wortmann, L. (2021). COVID-19 Vaccination-Associated Myocarditis in Adolescents. *Pediatrics, 148*(5). doi:10.1542/peds.2021-053427. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34389692

935. Jhaveri, R., Adler-Shohet, F. C., Blyth, C. C., Chiotos, K., Gerber, J. S., Green, M., . . . Zaoutis, T. (2021). Weighing the Risks of Perimyocarditis With the Benefits of SARS-CoV-2 mRNA Vaccination in Adolescents. *J Pediatric Infect Dis Soc, 10*(10), 937-939. doi:10.1093/jpids/piab061. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34270752

936. Kaneta, K., Yokoi, K., Jojima, K., Kotooka, N., & Node, K. (2021). Young Male With Myocarditis Following mRNA-1273 Vaccination Against Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Circ J*. doi:10.1253/circj.CJ-21-0818. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34744118

937. Kaul, R., Sreenivasan, J., Goel, A., Malik, A., Bandyopadhyay, D., Jin, C., . . . Panza, J. A. (2021). Myocarditis following COVID-19 vaccination. *Int J Cardiol Heart Vasc, 36*,

100872. doi:10.1016/j.ijcha.2021.100872. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34568540

938. Khogali, F., & Abdelrahman, R. (2021). Unusual Presentation of Acute Perimyocarditis Following SARS-COV-2 mRNA-1237 Moderna Vaccination. *Cureus, 13*(7), e16590. doi:10.7759/cureus.16590. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34447639

939. Kim, H. W., Jenista, E. R., Wendell, D. C., Azevedo, C. F., Campbell, M. J., Darty, S. N., . . . Kim, R. J. (2021). Patients With Acute Myocarditis Following mRNA COVID-19 Vaccination. *JAMA Cardiol, 6*(10), 1196-1201. doi:10.1001/jamacardio.2021.2828. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34185046

940. Kim, I. C., Kim, H., Lee, H. J., Kim, J. Y., & Kim, J. Y. (2021). Cardiac Imaging of Acute Myocarditis Following COVID-19 mRNA Vaccination. *J Korean Med Sci, 36*(32), e229. doi:10.3346/jkms.2021.36.e229. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34402228

941. King, W. W., Petersen, M. R., Matar, R. M., Budweg, J. B., Cuervo Pardo, L., & Petersen, J. W. (2021). Myocarditis following mRNA vaccination against SARS-CoV-2, a case series. *Am Heart J Plus, 8*, 100042. doi:10.1016/j.ahjo.2021.100042. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34396358Klein, N. P., Lewis, N., Goddard, K., Fireman, B., Zerbo, O., Hanson, K. E., . . . Weintraub, E. S. (2021). Surveillance for Adverse Events After COVID-19 mRNA Vaccination. *JAMA, 326*(14), 1390-1399. doi:10.1001/jama.2021.15072. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34477808

942. Klimek, L., Bergmann, K. C., Brehler, R., Pfutzner, W., Zuberbier, T., Hartmann, K., . . . Worm, M. (2021). Practical handling of allergic reactions to COVID-19 vaccines: A position paper from German and Austrian Allergy Societies AeDA, DGAKI, GPA and OGAI. *Allergo J Int*, 1-17. doi:10.1007/s40629-021-00165-7. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33898162

943. Klimek, L., Novak, N., Hamelmann, E., Werfel, T., Wagenmann, M., Taube, C., . . . Worm, M. (2021). Severe allergic reactions after COVID-19 vaccination with the Pfizer/BioNTech vaccine in Great Britain and USA: Position statement of the German Allergy Societies: Medical Association of German Allergologists (AeDA), German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI) and Society for Pediatric Allergology and Environmental Medicine (GPA). *Allergo J Int, 30*(2), 51-55. doi:10.1007/s40629-020-00160-4. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33643776

944. Kohli, U., Desai, L., Chowdhury, D., Harahsheh, A. S., Yonts, A. B., Ansong, A., . . . Ang, J. Y. (2021). mRNA Coronavirus-19 Vaccine-Associated Myopericarditis in Adolescents: A Survey Study. *J Pediatr.* doi:10.1016/j.jpeds.2021.12.025. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34952008

945. Kostoff, R. N., Calina, D., Kanduc, D., Briggs, M. B., Vlachoyiannopoulos, P., Svistunov, A. A., & Tsatsakis, A. (2021a). Erratum to "Why are we vaccinating children against COVID-19?" [Toxicol. Rep. 8C (2021) 1665-1684 / 1193]. *Toxicol Rep, 8*, 1981. doi:10.1016/j.toxrep.2021.10.003. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34642628

946. Kostoff, R. N., Calina, D., Kanduc, D., Briggs, M. B., Vlachoyiannopoulos, P., Svistunov, A. A., & Tsatsakis, A. (2021b). Why are we vaccinating children against COVID-19? *Toxicol Rep, 8*, 1665-1684. doi:10.1016/j.toxrep.2021.08.010. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34540594

947. Kremsner, P. G., Mann, P., Kroidl, A., Leroux-Roels, I., Schindler, C., Gabor, J. J., . . . Group, C.-N.-S. (2021). Safety and immunogenicity of an mRNA-lipid nanoparticle vaccine candidate against SARS-CoV-2 : A phase 1 randomized clinical trial. *Wien Klin Wochenschr, 133*(17-18), 931-941. doi:10.1007/s00508-021-01922-

y. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34378087

948. Kustin, T., Harel, N., Finkel, U., Perchik, S., Harari, S., Tahor, M., . . . Stern, A. (2021). Evidence for increased breakthrough rates of SARS-CoV-2 variants of concern in BNT162b2-mRNA-vaccinated individuals. *Nat Med, 27*(8), 1379-1384. doi:10.1038/s41591-021-01413-7. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34127854

949. Kwan, M. Y. W., Chua, G. T., Chow, C. B., Tsao, S. S. L., To, K. K. W., Yuen, K. Y., . . . Ip, P. (2021). mRNA COVID vaccine and myocarditis in adolescents. *Hong Kong Med J, 27*(5), 326-327. doi:10.12809/hkmj215120. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34393110

950. Lee, E., Chew, N. W. S., Ng, P., & Yeo, T. J. (2021). Reply to "Letter to the editor: Myocarditis should be considered in those with a troponin rise and unobstructed coronary arteries following PfizerBioNTech COVID-19 vaccination". *QJM*. doi:10.1093/qjmed/hcab232. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34463770

951. Lee, E. J., Cines, D. B., Gernsheimer, T., Kessler, C., Michel, M., Tarantino, M. D., . . . Bussel, J. B. (2021). Thrombocytopenia following Pfizer and Moderna SARS-CoV-2 vaccination. *Am J Hematol, 96*(5), 534-537. doi:10.1002/ajh.26132. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33606296

952. Levin, D., Shimon, G., Fadlon-Derai, M., Gershovitz, L., Shovali, A., Sebbag, A., . . . Gordon, B. (2021). Myocarditis following COVID-19 vaccination – A case series. *Vaccine, 39*(42), 6195-6200. doi:10.1016/j.vaccine.2021.09.004. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34535317

953. Li, J., Hui, A., Zhang, X., Yang, Y., Tang, R., Ye, H., . . . Zhu, F. (2021). Safety and immunogenicity of the SARS-CoV-2 BNT162b1 mRNA vaccine in younger and older Chinese adults: a randomized, placebo-controlled, double-blind phase 1 study. *Nat Med, 27*(6), 1062-1070. doi:10.1038/s41591-021-01330-9. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33888900

954. Li, M., Yuan, J., Lv, G., Brown, J., Jiang, X., & Lu, Z. K. (2021). Myocarditis and Pericarditis following COVID-19 Vaccination: Inequalities in Age and Vaccine Types. *J Pers Med, 11*(11). doi:10.3390/jpm11111106. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34834458

955. Lim, Y., Kim, M. C., Kim, K. H., Jeong, I. S., Cho, Y. S., Choi, Y. D., & Lee, J. E. (2021). Case Report: Acute Fulminant Myocarditis and Cardiogenic Shock After Messenger RNA Coronavirus Disease 2019 Vaccination Requiring Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation. *Front Cardiovasc Med, 8*, 758996. doi:10.3389/fcvm.2021.758996. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34778411

956. Long, S. S. (2021). Important Insights into Myopericarditis after the Pfizer mRNA COVID-19 Vaccination in Adolescents. *J Pediatr, 238*, 5. doi:10.1016/j.jpeds.2021.07.057. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34332972

957. Luk, A., Clarke, B., Dahdah, N., Ducharme, A., Krahn, A., McCrindle, B., . . . McDonald, M. (2021). Myocarditis and Pericarditis After COVID-19 mRNA Vaccination: Practical Considerations for Care Providers. *Can J Cardiol, 37*(10), 1629-1634. doi:10.1016/j.cjca.2021.08.001. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34375696

958. Madelon, N., Lauper, K., Breville, G., Sabater Royo, I., Goldstein, R., Andrey, D. O., . . . Eberhardt, C. S. (2021). Robust T cell responses in anti-CD20 treated patients following COVID-19 vaccination: a prospective cohort study. *Clin Infect Dis*. doi:10.1093/cid/ciab954. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34791081

959. Mangat, C., & Milosavljevic, N. (2021). BNT162b2 Vaccination during Pregnancy

Protects Both the Mother and Infant: Anti-SARS-CoV-2 S Antibodies Persistently Positive in an Infant at 6 Months of Age. *Case Rep Pediatr, 2021*, 6901131. doi:10.1155/2021/6901131. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34676123

960. Mark, C., Gupta, S., Punnett, A., Upton, J., Orkin, J., Atkinson, A., . . . Alexander, S. (2021). Safety of administration of BNT162b2 mRNA (Pfizer-BioNTech) COVID-19 vaccine in youths and young adults with a history of acute lymphoblastic leukemia and allergy to PEG-asparaginase. *Pediatr Blood Cancer, 68*(11), e29295. doi:10.1002/pbc.29295. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34398511

961. Martins-Filho, P. R., Quintans-Junior, L. J., de Souza Araujo, A. A., Sposato, K. B., Souza Tavares, C. S., Gurgel, R. Q., . . . Santos, V. S. (2021). Socio-economic inequalities and COVID-19 incidence and mortality in Brazilian children: a nationwide register-based study. *Public Health, 190*, 4-6. doi:10.1016/j.puhe.2020.11.005. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33316478

962. McLean, K., & Johnson, T. J. (2021). Myopericarditis in a previously healthy adolescent male following COVID-19 vaccination: A case report. *Acad Emerg Med, 28*(8), 918-921. doi:10.1111/acem.14322. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34133825

963. Mevorach, D., Anis, E., Cedar, N., Bromberg, M., Haas, E. J., Nadir, E., . . . Alroy-Preis, S. (2021). Myocarditis after BNT162b2 mRNA Vaccine against Covid-19 in Israel. *N Engl J Med, 385*(23), 2140-2149. doi:10.1056/NEJMoa2109730. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34614328

964. Minocha, P. K., Better, D., Singh, R. K., & Hoque, T. (2021). Recurrence of Acute Myocarditis Temporally Associated with Receipt of the mRNA Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Vaccine in a Male Adolescent. *J Pediatr, 238*, 321-323. doi:10.1016/j.jpeds.2021.06.035. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34166671

965. Mizrahi, B., Lotan, R., Kalkstein, N., Peretz, A., Perez, G., Ben-Tov, A., . . . Patalon, T. (2021). Correlation of SARS-CoV-2-breakthrough infections to time-from-vaccine. *Nat Commun, 12*(1), 6379. doi:10.1038/s41467-021-26672-3. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34737312

966. Moffitt, K., Cheung, E., Yeung, T., Stamoulis, C., & Malley, R. (2021). Analysis of Staphylococcus aureus Transcriptome in Pediatric Soft Tissue Abscesses and Comparison to Murine Infections. *Infect Immun, 89*(4). doi:10.1128/IAI.00715-20. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33526560

967. Mohamed, L., Madsen, A. M. R., Schaltz-Buchholzer, F., Ostenfeld, A., Netea, M. G., Benn, C. S., & Kofoed, P. E. (2021). Reactivation of BCG vaccination scars after vaccination with mRNA-Covid-vaccines: two case reports. *BMC Infect Dis, 21*(1), 1264. doi:10.1186/s12879-021-06949-0. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34930152

968. Montgomery, J., Ryan, M., Engler, R., Hoffman, D., McClenathan, B., Collins, L., . . . Cooper, L. T., Jr. (2021). Myocarditis Following Immunization With mRNA COVID-19 Vaccines in Members of the US Military. *JAMA Cardiol, 6*(10), 1202-1206. doi:10.1001/jamacardio.2021.2833. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34185045

969. Murakami, Y., Shinohara, M., Oka, Y., Wada, R., Noike, R., Ohara, H., . . . Ikeda, T. (2021). Myocarditis Following a COVID-19 Messenger RNA Vaccination: A Japanese Case Series. *Intern Med*. doi:10.2169/internalmedicine.8731-21. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34840235

970. Nagasaka, T., Koitabashi, N., Ishibashi, Y., Aihara, K., Takama, N., Ohyama, Y., . . . Kaneko, Y. (2021). Acute Myocarditis Associated with COVID-19 Vaccination: A Case Report. *J Cardiol Cases*.

doi:10.1016/j.jccase.2021.11.006. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34876937

971. Ntouros, P. A., Vlachogiannis, N. I., Pappa, M., Nezos, A., Mavragani, C. P., Tektonidou, M. G., . . . Sfikakis, P. P. (2021). Effective DNA damage response after acute but not chronic immune challenge: SARS-CoV-2 vaccine versus Systemic Lupus Erythematosus. *Clin Immunol, 229*, 108765. doi:10.1016/j.clim.2021.108765. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34089859

972. Nygaard, U., Holm, M., Bohnstedt, C., Chai, Q., Schmidt, L. S., Hartling, U. B., . . . Stensballe, L. G. (2022). Population-based Incidence of Myopericarditis After COVID-19 Vaccination in Danish Adolescents. *Pediatr Infect Dis J, 41*(1), e25-e28. doi:10.1097/INF.0000000000003389. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34889875

973. Oberhardt, V., Luxenburger, H., Kemming, J., Schulien, I., Ciminski, K., Giese, S., . . . Hofmann, M. (2021). Rapid and stable mobilization of CD8(+) T cells by SARS-CoV-2 mRNA vaccine. *Nature, 597*(7875), 268-273. doi:10.1038/s41586-021-03841-4. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34320609

974. Park, H., Yun, K. W., Kim, K. R., Song, S. H., Ahn, B., Kim, D. R., . . . Kim, Y. J. (2021). Epidemiology and Clinical Features of Myocarditis/Pericarditis before the Introduction of mRNA COVID-19 Vaccine in Korean Children: a Multicenter Study. *J Korean Med Sci, 36*(32), e232. doi:10.3346/jkms.2021.36.e232. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34402230

975. Park, J., Brekke, D. R., & Bratincsak, A. (2021). Self-limited myocarditis presenting with chest pain and ST segment elevation in adolescents after vaccination with the BNT162b2 mRNA vaccine. *Cardiol Young*, 1-4. doi:10.1017/S1047951121002547. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34180390

976. Patel, Y. R., Louis, D. W., Atalay, M., Agarwal, S., & Shah, N. R. (2021). Cardiovascular magnetic resonance findings in young adult patients with acute myocarditis following mRNA COVID-19 vaccination: a case series. *J Cardiovasc Magn Reson, 23*(1), 101. doi:10.1186/s12968-021-00795-4. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34496880

977. Patone, M., Mei, X. W., Handunnetthi, L., Dixon, S., Zaccardi, F., Shankar-Hari, M., . . . Hippisley-Cox, J. (2021). Risks of myocarditis, pericarditis, and cardiac arrhythmias associated with COVID-19 vaccination or SARS-CoV-2 infection. *Nat Med*. doi:10.1038/s41591-021-01630-0. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34907393

978. Patrignani, A., Schicchi, N., Calcagnoli, F., Falchetti, E., Ciampani, N., Argalia, G., & Mariani, A. (2021). Acute myocarditis following Comirnaty vaccination in a healthy man with previous SARS-CoV-2 infection. *Radiol Case Rep, 16*(11), 3321-3325. doi:10.1016/j.radcr.2021.07.082. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34367386

979. Perez, Y., Levy, E. R., Joshi, A. Y., Virk, A., Rodriguez-Porcel, M., Johnson, M., . . . Swift, M. D. (2021). Myocarditis Following COVID-19 mRNA Vaccine: A Case Series and Incidence Rate Determination. *Clin Infect Dis*. doi:10.1093/cid/ciab926. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34734240

980. Perrotta, A., Biondi-Zoccai, G., Saade, W., Miraldi, F., Morelli, A., Marullo, A. G., . . . Peruzzi, M. (2021). A snapshot global survey on side effects of COVID-19 vaccines among healthcare professionals and armed forces with a focus on headache. *Panminerva Med, 63*(3), 324-331. doi:10.23736/S0031-0808.21.04435-9. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34738774

981. Pinana, J. L., Lopez-Corral, L., Martino, R., Montoro, J., Vazquez, L., Perez, A., . . . Cell Therapy, G. (2022). SARS-CoV-2-reactive antibody detection after SARS-CoV-2 vaccination in hematopoietic stem cell transplant recipients: Prospective survey from the

Spanish Hematopoietic Stem Cell Transplantation and Cell Therapy Group. *Am J Hematol, 97*(1), 30-42. doi:10.1002/ajh.26385. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34695229

982. Revon-Riviere, G., Ninove, L., Min, V., Rome, A., Coze, C., Verschuur, A., . . . Andre, N. (2021). The BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in adolescents and young adults with cancer: A monocentric experience. *Eur J Cancer, 154*, 30-34. doi:10.1016/j.ejca.2021.06.002. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34233234

983. Sanchez Tijmes, F., Thavendiranathan, P., Udell, J. A., Seidman, M. A., & Hanneman, K. (2021). Cardiac MRI Assessment of Nonischemic Myocardial Inflammation: State of the Art Review and Update on Myocarditis Associated with COVID-19 Vaccination. *Radiol Cardiothorac Imaging, 3*(6), e210252. doi:10.1148/ryct.210252. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34934954

984. Schauer, J., Buddhe, S., Colyer, J., Sagiv, E., Law, Y., Mallenahalli Chikkabyrappa, S., & Portman, M. A. (2021). Myopericarditis After the Pfizer Messenger Ribonucleic Acid Coronavirus Disease Vaccine in Adolescents. *J Pediatr, 238*, 317-320. doi:10.1016/j.jpeds.2021.06.083. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34228985

985. Schneider, J., Sottmann, L., Greinacher, A., Hagen, M., Kasper, H. U., Kuhnen, C., . . . Schmeling, A. (2021). Postmortem investigation of fatalities following vaccination with COVID-19 vaccines. *Int J Legal Med, 135*(6), 2335-2345. doi:10.1007/s00414-021-02706-9. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34591186

986. Schramm, R., Costard-Jackle, A., Rivinius, R., Fischer, B., Muller, B., Boeken, U., . . . Gummert, J. (2021). Poor humoral and T-cell response to two-dose SARS-CoV-2 messenger RNA vaccine BNT162b2 in cardiothoracic transplant recipients. *Clin Res Cardiol, 110*(8), 1142-1149. doi:10.1007/s00392-021-01880-5. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34241676

987. Sessa, F., Salerno, M., Esposito, M., Di Nunno, N., Zamboni, P., & Pomara, C. (2021). Autopsy Findings and Causality Relationship between Death and COVID-19 Vaccination: A Systematic Review. *J Clin Med, 10*(24). doi:10.3390/jcm10245876. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34945172

988. Sharif, N., Alzahrani, K. J., Ahmed, S. N., & Dey, S. K. (2021). Efficacy, Immunogenicity and Safety of COVID-19 Vaccines: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Immunol, 12*, 714170. doi:10.3389/fimmu.2021.714170. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34707602

989. Shay, D. K., Gee, J., Su, J. R., Myers, T. R., Marquez, P., Liu, R., . . . Shimabukuro, T. T. (2021). Safety Monitoring of the Janssen (Johnson & Johnson) COVID-19 Vaccine – United States, March-April 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 70*(18), 680-684. doi:10.15585/mmwr.mm7018e2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33956784

990. Shazley, O., & Alshazley, M. (2021). A COVID-Positive 52-Year-Old Man Presented With Venous Thromboembolism and Disseminated Intravascular Coagulation Following Johnson & Johnson Vaccination: A Case-Study. *Cureus, 13*(7), e16383. doi:10.7759/cureus.16383. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34408937

991. Shiyovich, A., Witberg, G., Aviv, Y., Eisen, A., Orvin, K., Wiessman, M., . . . Hamdan, A. (2021). Myocarditis following COVID-19 vaccination: magnetic resonance imaging study. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. doi:10.1093/ehjci/jeab230. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34739045

992. Simone, A., Herald, J., Chen, A., Gulati, N., Shen, A. Y., Lewin, B., & Lee, M. S. (2021). Acute Myocarditis Following COVID-19 mRNA Vaccination in Adults Aged 18 Years or Older. *JAMA Intern Med, 181*(12), 1668-1670.

doi:10.1001/jamainternmed.2021.5511. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34605853

993. Singer, M. E., Taub, I. B., & Kaelber, D. C. (2021). Risk of Myocarditis from COVID-19 Infection in People Under Age 20: A Population-Based Analysis. *medRxiv*. doi:10.1101/2021.07.23.21260998. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34341797

994. Smith, C., Odd, D., Harwood, R., Ward, J., Linney, M., Clark, M., . . . Fraser, L. K. (2021). Deaths in children and young people in England after SARS-CoV-2 infection during the first pandemic year. Nat Med. doi:10.1038/s41591-021-01578-1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34764489

995. Snapiri, O., Rosenberg Danziger, C., Shirman, N., Weissbach, A., Lowenthal, A., Ayalon, I., . . . Bilavsky, E. (2021). Transient Cardiac Injury in Adolescents Receiving the BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine. Pediatr Infect Dis J, 40(10), e360-e363. doi:10.1097/INF.0000000000003235. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34077949

996. Spinner, J. A., Julien, C. L., Olayinka, L., Dreyer, W. J., Bocchini, C. E., Munoz, F. M., & Devaraj, S. (2021). SARS-CoV-2 anti-spike antibodies after vaccination in pediatric heart transplantation: A first report. J Heart Lung Transplant. doi:10.1016/j.healun.2021.11.001. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34911654

997. Starekova, J., Bluemke, D. A., Bradham, W. S., Grist, T. M., Schiebler, M. L., & Reeder, S. B. (2021). Myocarditis Associated with mRNA COVID-19 Vaccination. Radiology, 301(2), E409-E411. doi:10.1148/radiol.2021211430. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34282971

998. Sulemankhil, I., Abdelrahman, M., & Negi, S. I. (2021). Temporal association between the COVID-19 Ad26.COV2.S vaccine and acute myocarditis: A case report and literature review. Cardiovasc Revasc Med. doi:10.1016/j.carrev.2021.08.012. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34420869

999. Tailor, P. D., Feighery, A. M., El-Sabawi, B., & Prasad, A. (2021). Case report: acute myocarditis following the second dose of mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine. Eur Heart J Case Rep, 5(8), ytab319. doi:10.1093/ehjcr/ytab319. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34514306

1000. Takeda, M., Ishio, N., Shoji, T., Mori, N., Matsumoto, M., & Shikama, N. (2021). Eosinophilic Myocarditis Following Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Vaccination. Circ J. doi:10.1253/circj.CJ-21-0935. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34955479

1001. Team, C. C.-R., Food, & Drug, A. (2021). Allergic Reactions Including Anaphylaxis After Receipt of the First Dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine – United States, December 14-23, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 70(2), 46-51. doi:10.15585/mmwr.mm7002e1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33444297

1002. Thompson, M. G., Burgess, J. L., Naleway, A. L., Tyner, H., Yoon, S. K., Meece, J., . . . Gaglani, M. (2021). Prevention and Attenuation of Covid-19 with the BNT162b2 and mRNA-1273 Vaccines. N Engl J Med, 385(4), 320-329. doi:10.1056/NEJMoa2107058. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34192428

1003. Tinoco, M., Leite, S., Faria, B., Cardoso, S., Von Hafe, P., Dias, G., . . . Lourenco, A. (2021). Perimyocarditis Following COVID-19 Vaccination. Clin Med Insights Cardiol, 15, 11795468211056634. doi:10.1177/11795468211056634. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34866957

1004. Truong, D. T., Dionne, A., Muniz, J. C., McHugh, K. E., Portman, M. A., Lambert, L. M., . . . Newburger, J. W. (2021). Clinically Suspected Myocarditis Temporally Related to

COVID-19 Vaccination in Adolescents and Young Adults. Circulation. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056583. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34865500

1005. Tutor, A., Unis, G., Ruiz, B., Bolaji, O. A., & Bob-Manuel, T. (2021). Spectrum of Suspected Cardiomyopathy Due to COVID-19: A Case Series. Curr Probl Cardiol, 46(10), 100926. doi:10.1016/j.cpcardiol.2021.100926. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34311983

1006. Umei, T. C., Kishino, Y., Shiraishi, Y., Inohara, T., Yuasa, S., & Fukuda, K. (2021). Recurrence of myopericarditis following mRNA COVID-19 vaccination in a male adolescent. CJC Open. doi:10.1016/j.cjco.2021.12.002. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34904134

1007. Vidula, M. K., Ambrose, M., Glassberg, H., Chokshi, N., Chen, T., Ferrari, V. A., & Han, Y. (2021). Myocarditis and Other Cardiovascular Complications of the mRNA-Based COVID-19 Vaccines. Cureus, 13(6), e15576. doi:10.7759/cureus.15576. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34277198

1008. Visclosky, T., Theyyunni, N., Klekowski, N., & Bradin, S. (2021). Myocarditis Following mRNA COVID-19 Vaccine. Pediatr Emerg Care, 37(11), 583-584. doi:10.1097/PEC.0000000000002557. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34731877

1009. Warren, C. M., Snow, T. T., Lee, A. S., Shah, M. M., Heider, A., Blomkalns, A., . . . Nadeau, K. C. (2021). Assessment of Allergic and Anaphylactic Reactions to mRNA COVID-19 Vaccines With Confirmatory Testing in a US Regional Health System. JAMA Netw Open, 4(9), e2125524. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.25524. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34533570

1010. Watkins, K., Griffin, G., Septaric, K., & Simon, E. L. (2021). Myocarditis after BNT162b2 vaccination in a healthy male. Am J Emerg Med, 50, 815 e811-815 e812. doi:10.1016/j.ajem.2021.06.051. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34229940

1011. Weitzman, E. R., Sherman, A. C., & Levy, O. (2021). SARS-CoV-2 mRNA Vaccine Attitudes as Expressed in U.S. FDA Public Commentary: Need for a Public-Private Partnership in a Learning Immunization System. Front Public Health, 9, 695807. doi:10.3389/fpubh.2021.695807. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34336774

1012. Welsh, K. J., Baumblatt, J., Chege, W., Goud, R., & Nair, N. (2021). Thrombocytopenia including immune thrombocytopenia after receipt of mRNA COVID-19 vaccines reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Vaccine, 39(25), 3329-3332. doi:10.1016/j.vaccine.2021.04.054. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34006408

1013. Witberg, G., Barda, N., Hoss, S., Richter, I., Wiessman, M., Aviv, Y., . . . Kornowski, R. (2021). Myocarditis after Covid-19 Vaccination in a Large Health Care Organization. N Engl J Med, 385(23), 2132-2139. doi:10.1056/NEJMoa2110737. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34614329

1014. Zimmermann, P., & Curtis, N. (2020). Why is COVID-19 less severe in children? A review of the proposed mechanisms underlying the age-related difference in severity of SARS-CoV-2 infections. Arch Dis Child. doi:10.1136/archdischild-2020-320338. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33262177

- Leerseite -

Anlage B314



BKK ProVita · 85217 Bergkirchen

Paul-Ehrlich-Institut
Prof. Dr. Klaus Cichutek
Paul-Ehrlich-Str. 51 - 59
63225 Langen

Es betreut Sie:
Andreas Schöfbeck
Münchner Weg 5
85232 Bergkirchen
T 08131/6133-1000
F 08131/6133-91000
Andreas.Schoefbeck@bkk-provita.de

21.02.2022

Heftiges Warnsignal bei codierten Impfnebenwirkungen nach Corona Impfung

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Cichutek,

das Paul Ehrlich Institut hat mittels Pressemitteilung bekannt gegeben, dass für das Kalenderjahr 2021 244.576 Verdachtsfälle für Impfnebenwirkungen nach Corona Impfung gemeldet wurden.

Die unserem Haus vorliegenden Daten geben uns Grund zu der Annahme, dass es eine sehr erhebliche Untererfassung von Verdachtsfällen für Impfnebenwirkungen nach Corona Impfung gibt. Dazu füge ich meinem Schreiben eine Auswertung bei.

Datengrundlage für unsere Auswertung sind die Abrechnungsdaten der Ärzte. Unsere Stichprobe erfolgt aus dem anonymisierten Datenbestand der Betriebskrankenkassen. Die Stichprobe umfasst 10.937.716 Versicherte. Uns liegen bisher die Abrechnungsdaten der Ärzte für das erste Halbjahr 2021 und circa zur Hälfte für das dritte Quartal 2021 vor. Unsere Abfrage beinhaltet die gültigen ICD-Codes für Impfnebenwirkungen. Diese Auswertung hat ergeben, obwohl uns noch nicht die kompletten Daten für 2021 vorliegen, dass wir anhand der vorliegenden Zahlen jetzt schon von 216.695 behandelten Fällen von Impfnebenwirkungen nach Corona Impfung aus dieser Stichprobe ausgehen. Wenn diese Zahlen auf das Gesamtjahr und auf die Bevölkerung in Deutschland hochgerechnet werden, sind vermutlich 2,5-3 Millionen Menschen in Deutschland wegen Impfnebenwirkungen nach Corona Impfung in ärztlicher Behandlung gewesen.

Das sehen wir als erhebliches Alarmsignal an, das unbedingt beim weiteren Einsatz der Impfstoffe berücksichtigt werden muss. Die Zahlen können in unseren Augen relativ leicht und auch kurzfristig validiert werden, indem die anderen Kassenarten (AOKen, Ersatzkrankenkassen etc.) um eine entsprechende Auswertung der ihnen vorliegenden Daten gebeten werden. Hochgerechnet auf die Anzahl der geimpften Menschen in Deutschland bedeutet dies, dass circa 4-5 % der geimpften Menschen wegen Impfnebenwirkungen in ärztlicher Behandlung waren.

In unseren Augen liegt eine erhebliche Untererfassung der Impfnebenwirkungen vor. Es ist ein wichtiges Anliegen die Ursachen hierfür kurzfristig auszumachen. Unsere erste Vermutung ist, dass, da keine Vergütung für die Meldung von Impfnebenwirkungen bezahlt wird, eine Meldung an das Paul Ehrlich Institut wegen des großen Aufwandes vielfach unterbleibt. Ärzte haben uns berichtet, dass die Meldung eines Impfschadenverdachtsfalls circa eine halbe Stunde Zeit in Anspruch nimmt. Das bedeutet, dass 3 Millionen Verdachtsfälle auf Impfnebenwirkungen circa 1,5 Millionen Arbeitsstunden von Ärztinnen und Ärzten erfordern. Das wäre nahezu die jährliche Arbeitsleistung von 1000 Ärztinnen und Ärzten. Dies sollte ebenso kurzfristig geklärt werden. Deshalb ergeht eine Durchschrift dieses Schreibens auch an die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Der GKV-Spitzenverband erhält ebenso eine Abschrift dieses Schreibens mit der Bitte entsprechende Datenanalysen bei sämtlichen Krankenkassen einzuholen.

Da Gefahr für das Leben von Menschen nicht ausgeschlossen werden kann, bitten wir Sie um eine Rückäußerung über die veranlassten Maßnahmen bis 22.2.2022 18:00 Uhr.

Mit freundlichen Grüßen

Andreas Schöfbeck
Vorstand

Das Schreiben ergeht durchschriftlich ebenso an:
GKV-Spitzenverband
Bundesärztekammer
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Ständige Impfkommission
BKK Dachverband

Anlage B315

BKK ProVita

Nach Kassen-Kritik an Impfnebenwirkungszahlen: „Wir müssen ihn sofort entfernen"

Warum wurde der Vorstand der BKK ProVita entlassen, noch bevor er sich mit dem PEI austauschen konnte? Ein Mitglied des Verwaltungsrats übt scharfe Kritik.

Ruth Schneeberger, 2.3.2022 - 16:26 Uhr

Artikel anhören



Imago

Diesmal geht es nicht nur um einen Piks – der Vorstand der BKK ProVita wurde fristlos entlassen. Warum?

Was ist los bei der Krankenkasse BKK ProVita? Nachdem sich vergangene Woche ihr Vorstand Andreas Schöfbeck mit einem spektakulären Schreiben an die Öffentlichkeit gewandt hatte, hatten sich eigentlich am Dienstag Schöfbeck und PEI zum Austausch ihrer Daten treffen sollen. Doch dazu kam es

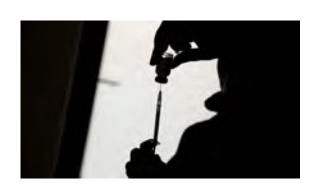
nicht. Weil die Krankenkasse ihren Vorstand noch vor dem geplanten Treffen am Dienstag fristlos entlassen hat.

„Das war wie eine Hexenjagd", berichtete der Berliner Zeitung einer, der dabei war: Verwaltungsratsmitglied Marco Altinger (mehr hier). Der bayerische FDP-Politiker und Unternehmer ist seit Jahren ehrenamtliches Mitglied im Verwaltungsrat der BKK ProVita und hat nach eigenen Aussagen am Dienstag zusammen mit zwei weiteren Mitgliedern dagegen gestimmt, Schöfbeck mit sofortiger Wirkung von seinen Aufgaben zu entbinden. Doch 13 weitere Verwaltungsratsmitglieder seien sich einig gewesen, Schöfbeck zu entlassen. Und die Amtsenthebungsurkunde sei auch schon vorbereitet gewesen, sagt Altinger:



Kommentar

Wer etwas gegen die Impfung sagt, ist raus



Pandemie

Kritik an Zahlen von Nebenwirkungen: BKK-Chef fristlos entlassen



Statistiken zu Corona

Impffolgen: Paul-Ehrlich-Institut will Zahlen der BKK analysieren

Am Mittwoch vergangener Woche war das Thema durch die Medien gegangen und hatte sogleich für erhitzte Gemüter gesorgt: Der Vorstand der Betriebskrankenkasse ProVita mit Sitz nahe München hatte in seinem Brief ans PEI von einem „heftigen Warnsignal bei codierten Impfnebenwirkungen nach Corona-Impfungen" gesprochen und die Daten seiner eigenen Krankenkasse mit denen aller deutschen Betriebskrankenkassen in einer Datenanalyse erhoben sowie auf alle Deutschen hochgerechnet. Demnach müsste es rund drei Millionen Menschen mit Impfnebenwirkungen geben. Das PEI erfasse aber nur 250.000.

Eine Erklärung für diese Differenz lautet: Die BKK-Provita-Erhebung umfasst auch milde und erwartbare

Impfreaktionen, etwa wenn ein Patient wegen Unwohlsein nach einer Corona-Impfung eine kurze Krankschreibung benötigt. Solche Symptome sind aber nach dem Infektionsschutzgesetz nicht meldepflichtig beim PEI.

Doch die Statistiken des BKK-ProVita-Vorstands sind bereits von der Internetseite gelöscht, offenbar soll nichts mehr an Schöfbeck erinnern, der 21 Jahre lang die Geschicke seiner Krankenkasse als Vorstand geleitet hat. Denn der Tenor bei der Verwaltungsratssitzung am Dienstag lautete: Schöfbeck schade dem Unternehmen.

Die Sitzung, zu der bereits vergangenen Donnerstag geladen wurde, ging am Dienstag von 10 bis 13 Uhr und fand anfangs ohne Schöfbeck statt. Auch die stellvertretenden Verwaltungsratsmitglieder wurden ausgeladen. Für Marco Altinger war es eine „rein emotional stimmungsgeladene Sitzung“. Es sei gar nicht um eine sachliche Diskussion zum Thema Impfnebenwirkungen gegangen, sondern ausschließlich darum, Schöfbeck noch am selben Tag loszuwerden, vor allem mit, wie er es sagt, „unsachlichen, emotionalen“ Begründungen. Schöfbeck sei als Impfgegner dargestellt worden. Seine Aktion, so sehe es die BKK ProVita, habe vor allem Beifall bei Querdenkern und AfD-Wählern ausgelöst. Es sei auch darüber diskutiert worden, dass man ihn nun zum Märtyrer der Impfgegner mache. Doch wenn man ihn nicht entlasse, habe man „die Massen“ gegen sich.



Kommentar

Impfnebenwirkungen: Peinliches Gegeifere um den Brief der Krankenkasse

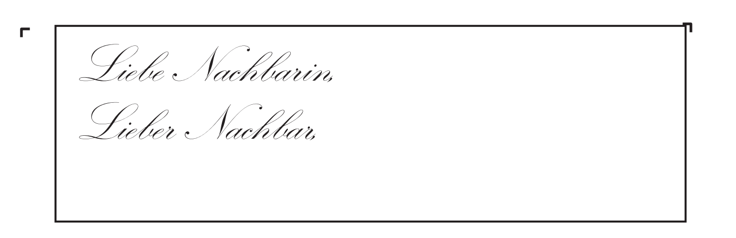
Der FDP-Politiker wirkt schockiert und will nun aus dem Verwaltungsrat austreten. Schon nach der Einladung am Donnerstag habe der stellvertretende Verwaltungsratsvorsitzende Manfred Ries zu ihm über Schöfbeck gesagt: „Wir müssen ihn sofort entfernen." Schöfbeck sei dann am Dienstag nach einer Stunde in die Sitzung geladen worden und habe sich etwa 15 Minuten lang verteidigen dürfen. Er habe sachlich davon berichtet, dass die BKK übers Wochenende etwa 150 neue Mitglieder gewonnen habe, so viele Menschen wie nie hätten sich die Präsentationen der Kasse angeschaut. Und kein Einziger sei ausgetreten. Er habe auch eine Einigung im Guten vorgeschlagen. Doch all das habe „niemanden mehr interessiert". Schöfbeck sei danach aus der Teamssitzung einfach weggeschaltet worden.

Die BKK ProVita selbst gibt an, zu den Vorgängen aus „Gründen des Persönlichkeitsschutzes" nichts sagen zu wollen. Der geschasste Vorstand ist schon seit Dienstag unter seinen Firmenkontakten nicht mehr zu erreichen. Entgegenkommen wird diese fristlose Entlassung womöglich dem Vorsitzenden des ärztlichen Virchowbundes, Dirk Heinrich: Er hatte in einem Statement von „peinlichem Unwissen oder hinterlistiger Täuschungsabsicht" der „Schwurbel-BKK" gesprochen.

Corona-Solution.com Das unabhängige Verbundnetzwerk von Ärzteinitiativen

Kompakt. Kritisch. Kompetent.

Was Sie als Politiker und Bürger über mRNA-Vakzine und Impfrisiken wissen und nachfragen sollten



„Was dem Einzelnen nicht möglich, das vermögen viele!"

(Friedrich Wilhelm Raiffeisen)



Doppelt, dreifach, vierfach geimpft und doch krank und ansteckend. Große Risiken der Impfungen nachgewiesen! Freie Entscheidung über Impfung für jeden!

14. März 2022

Liebe Nachbarin, lieber Nachbar,

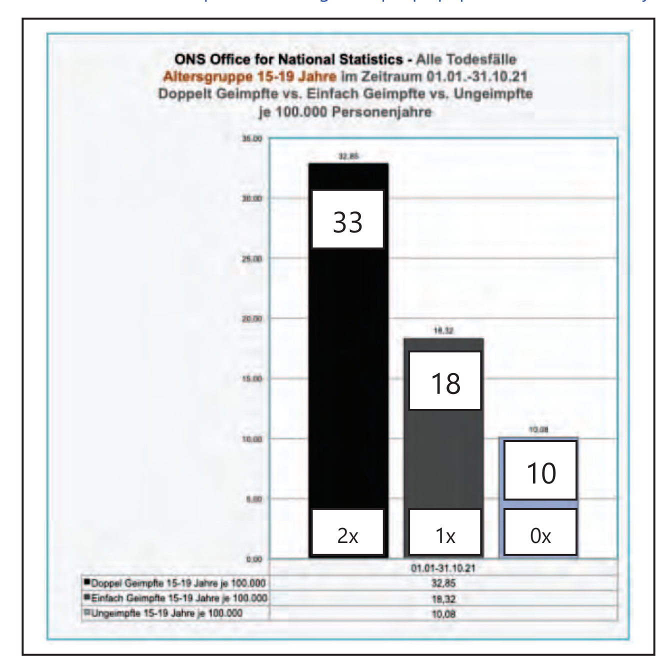
wundern Sie sich auch, dass Sie immer mehr Personen kennen, die trotz eines vorbildlichen regierungstreuen Verhaltens mit doppelt und dreifach Impfung an Corona erkrankt sind? Wenn Sie seriöse, kritische Fakten lesen wollen, dann lesen Sie weiter.

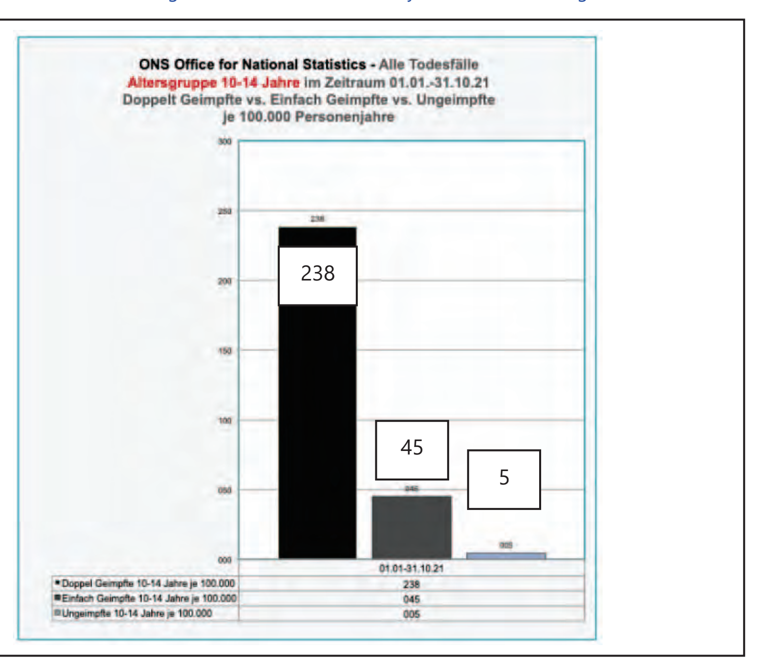
Nun haben sich immer mehr Eltern verleiten lassen Ihre Kinder auch noch mit dem experimentellen mRNA-Impfstoff zu spritzen. Wie hoch ist die tatsächliche Gefahr als junger Mensch an Corona schwer zu erkranken oder zu sterben? Das muss abgewogen werden mit den Impfrisiken, richtig? Schauen wir uns die OFFIZIELLEN STAATLICHEN STATISTIKEN an:

Hochrisiko Impfung!! Geimpfte Jugendliche (10-19 J.) sterben öfters als Ungeimpfte!

Die doppelt geimpften 15-19 Jährigen (linkes Bild, linke Säule) sterben dreimal häufiger als die Ungeimpften!

Die doppelt geimpften 10-14 Jährigen (rechtes Bild, linke Säule) sterben ohne Impfung sehr selten, aber es gibt nun mehr Tote nach Impfungen. Die Todesursache der geimpften Kinder und Jugendlichen hat unterschiedliche Diagnosen. Die gestiegenen Herzerkrankungen und Krebserkrankungen sind nur einige unter vielen. Die nicht gemeldeten Fälle sind 10-100 mal höher laut WHO-Studien. https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/datasets/deathsbyvaccinationstatusengland





Bürger wehren sich – In 3000 Städten protestieren 100.000nde Bürger

Die Demonstranten sind zu 99% friedliche Jugendliche, Mütter, Väter, Großmütter und Großväter, die sich Sorgen um unsere Demokratie machen. In der Presse, Radio oder Fernsehen, werden die Demonstrationen verschwiegen oder es wird abfällig darüber berichtet. Jede kritische Auseinandersetzung wird unterbunden. Kritiker werden diskriminiert, darunter auch viele hochangesehene Wissenschaftler und Ärzte. Ungeimpfte werden ausgegrenzt. Kindern werden Schuldgefühle eingeredet. Eltern werden genötigt, Geschäftsleute in den Ruin getrieben; u.v.a.m. Immer mehr Bürger merken, dass etwas gewaltig in die falsche Richtung läuft. Wer anfängt Fragen zu stellen, erkennt schnell, dass die Fakten zum Himmel schreien und staatlich verantwortliche Kontroll-Instanzen versagen! Immer mehr Bürger sind enttäuscht und informieren sich unabhängig von staatlichen Stellen.

Es läuft die größte Bürgerbewegung Deutschlands…Friedlich…Dialogbereit!



1000nde Ärzte und Wissenschaftler stehen auf, werden dafür geteert + gefedert

Das Verbundnetzwerk von Ärzteinitiativen www.corona-solution.com informiert über evidenzbasierte Fakten, die verschwiegen werden und von jedem eigenständig nachgeprüft werden können. Die Experten informieren, warum Sie keine Angst vor Corona oder anderen Viren haben brauchen, wenn Sie RICHTIG vorbeugen. **SCHUTZ OHNE NEBENWIRKUNGEN DER mRNA-IMPFUNGEN**. Folgende renommierte ehrhaften Forscher wurden in ihren Hypothesen nie widerlegt, sondern bestätigt. Prüfen Sie nicht über Faktenchecker, sondern anhand der Vita z.B. Prof. Dr. Dr. Haditsch, Prof. Streeck, Prof. S. Bhakdi, Dr. W. Wodarg (Aufdecker des Schweinegrippeskandals, damals SPD), Dr. Robert Malone (Erfinder von mRNA-Impfstoffen), Dr. Michael Yeadon (der Ex-Pfizer-Forschungschef). Alles ist genauso eingetreten, wie vor 1,5 Jahren vorhergesagt. **Die Vorhersagen für die Zukunft sollten Sie besser kennen und aktiv werden.** Die Ärzte und Wissenschaftler bekamen ebenso wie Richter, Staatsanwälte Hausdurchsuchungen, verloren teilweise den Arbeitsplatz, die Zulassung. Doch sie machen weiter, aktiver als zuvor. Das Ausmaß an Ungerechtigkeit und Gefahr für unseren bisherigen Rechtsstaat ist zu groß, meinen auch die **Partner von Anwälte für Aufklärung.**

Geimpfte Erwachsene und Rentner sterben häufiger als Ungeimpfte. STOP DIE IMPFPFLICHT!

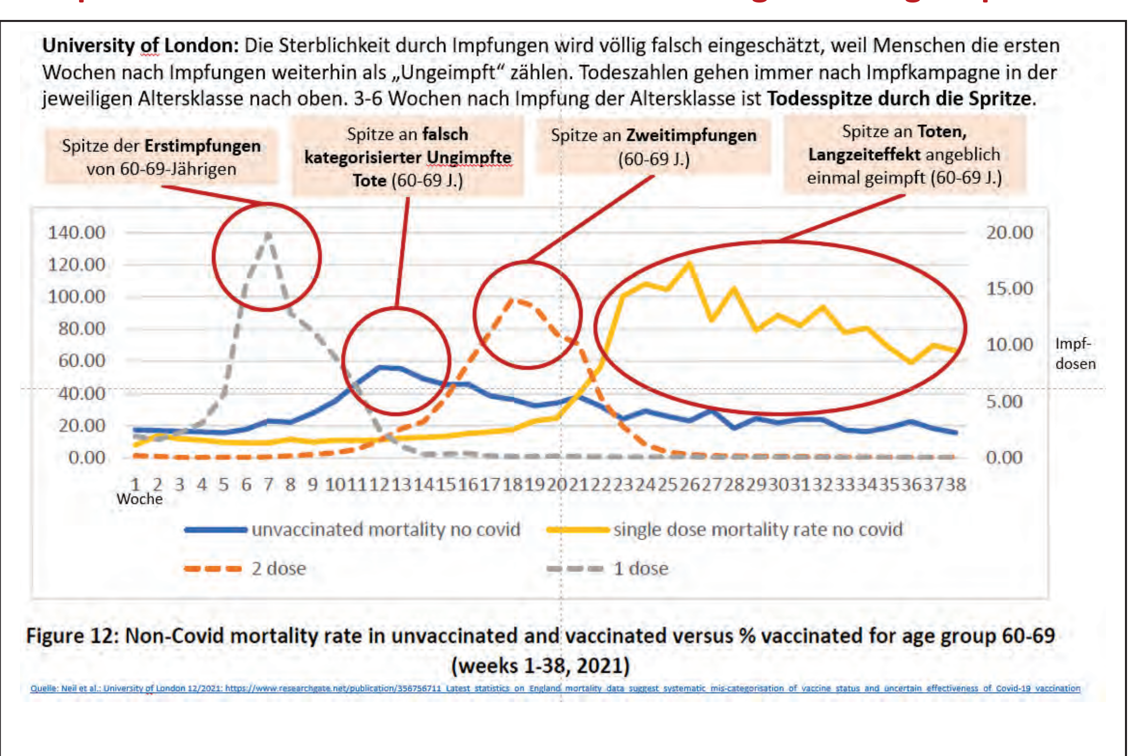


Figure 12: Non-Covid mortality rate in unvaccinated and vaccinated versus % vaccinated for age group 60-69 (weeks 1-38, 2021)

Quelle: Neil et al.: University of London 12/2021: https://www.researchgate.net/publication/356756711_Latest_statistics_on_England_mortality_data_suggest_systematic_mis-categorisation_of_vaccine_status_and_uncertain_effectiveness_of_Covid-19_vaccination

Analysen der University of London im Dezember 2021 und zusätzliche Recherchen des Wissenschaftlers der Münchner Universität Prof. Christof Kuhbandner bestätigen den Verdacht vieler mRNA-Experten, dass diese Stoffe auch bei alten Menschen das Auftreten von schweren Erkrankungen und die Sterblichkeit insgesamt erhöht. Vorübergehende Liefer-Engpässe in der Impfstoff-Versorgung haben binnen kurzer Zeit einen Abfall der Sterbekurve zur Folge. Besondere Impf-Anstrengungen führten im Gegenzug in die Übersterblichkeit. Finden Sie nicht auch, dass das einer Antwort bedarf? Reaktion des RKI = NIX.

Der Originalartikel der Forscher von der University of London:
https://www.researchgate.net/publication/356756711_Latest_statistics_on_England_mortality_data_suggest_systematic_mis-categorisation_of_vaccine_status_and_uncertain_effectiveness_of_Covid-19_vaccination/link/61aa3d6750e22929cd4348cb/download

Geboosterte bis zu dreimal so häufig infiziert wie Ungeimpfte!

		Altersgruppe			
		5 bis 11 Jahre	12 bis 17 Jahre	18 bis 59 Jahre	60 Jahre und älte
Symptomatische COVID-19-Fälle*		**57.018**	**37.849**	**286.978**	**44.891**
davon...	ungeimpft	51.818	21.094	74.970	10.017
	grundimmunisiert	4.956	12.497	77.957	6.921
	mit Auffrischimpfung	244	4.258	134.051	27.953

RKI: *„Im gesamten Zeitraum von MW 05/2021 – 09/ wurden insgesamt* ***1.176.529 Impfdurchbrüche*** *identifiziert."* Wochenbericht vom 10.3.22, S. 26

Insbesondere die GEBOOSTERTEN SIND GEFÄHRDET! Dabei werden viele als Ungeimpfte gezählt, die tatsächlich bereits geimpft sind. **2G-Regelungen und Impfzwang sind dreiste Diskriminierung!**

Im 8. Wochenbericht der **Impfstoffüberwachung des United Kingdom Government**, (S. 42-45), wird nachgewiesen, dass die Infektionsgefahr für mindestens dreifach Geimpfte um das 3-fache größer ist als für Ungeimpfte. Nimmt man die unter 18-Jährigen aus der Statistik, sind **91% der Infizierten geimpft! Macht dann Impfpflicht Sinn?!**
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1057599/Vaccine_surveillance_report_-_week-8.pdf

BKK-Abrechnungen: Hohe Risiken durch mRNA-Impfungen | Mach Mit!

Nach einer Analyse der knapp 11 Millionen Versichertendaten der BKK-Gruppe ist bestätigt, dass die vom Paul-Ehrlich-Institut veröffentlichten Zahlen der Nebenwirkungen viel zu niedrig sind. Wodurch kommt das? Manche Impfdosen haben eine um das 3000-fach höhere Nebenwirkungsquote! (Chemie-Professoren; Berliner Zeitung und international Dr. Yeadon).

Interesse? 1. Verbinde Dich mit uns friedlich, demokratisch. Treff uns zum Spaziergang 😀 2. Schreibe Deinem Politiker DER REGION. Musterbrief-Download: https://www.corona-solution.com/downloads/2022-03-14_politiker-brief.docx

Jeden ______________ **um** _________**Uhr in** __________________ **Adresse:** ____

|BAHNER ▪

fachanwaltskanzlei heidelberg
arzt | medizin | gesundheitsrecht

| BAHNER▪ kanzlei | voßstr. 3 | 69115 heidelberg

beate bahner

fachanwältin für medizinrecht
mediatorin im gesundheitswesen
fachbuchautorin im springerverlag

vertretung | beratung | verträge

www.beatebahner.de

27. Dezember 2021

Rechtsgutachten zur Strafbarkeit

des Herstellers Biontech, der beteiligten Behördenvertreter,
der impfenden Ärzte, der beteiligten Arbeitgeber,
Richter (insbesondere Familienrichter),
Verfahrensbeistände, Eltern und anderer Beteiligter

nach dem Arzneimittelgesetz

(bedroht mit Freiheitsstrafe bis zu 10 Jahren)

durch die Herstellung, Verbreitung und Anwendung (Impfung) des Impfstoffs Comirnaty von Pfizer/Biontech

Das Rechtsgutachten wurde erstellt durch **Beate Bahner, Fachanwältin für Medizinrecht** und **Fachbuchautorin** unter anderem des Buches „Corona-Impfung: Was Ärzte und Patienten unbedingt wissen sollten“

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

AMG	Arzneimittelgesetz
AMWHV	Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung
EC	European Community
EG	Europäische Gemeinschaft
EMA	European Medicines Agency
EU	Europäische Union
ff.	fortfolgende
GMP	Good Manufacturing Practice (Gute Herstellungspraxis)
i.V.m.	in Verbindung mit
LNP	Lipid-Nanopartikel
mRNA	messenger ribonucleic acid (deutsch Boten-Ribonukleinsäure, auch Boten-RNS oder Boten- RNA)
m.w.N.	mit weiteren Nachweisen
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
Ph. Eur.	Pharmacopoeia Europea, Europäische Pharmakopoe bzw. Europäisches Arzneibuch
RKI	Robert-Koch-Institut
RL	Richtlinie
SO	Special Obligations
VO	Verordnung
WMA	World Medical Association (Weltärztebund)

Eine Corona-Impfung mit der Substanz Comirnaty darf auf keinen Fall durchgeführt werden:

Es besteht konkrete Lebensgefahr!

1. Die Impfung mit Comirnaty ist eine Straftat nach § 95 AMG

Der Impfstoff Comirnaty darf auf keinen Fall geimpft werden. Jeder Arzt und jede Person, die eine Impfung vornimmt oder vornehmen lässt oder hierzu beiträgt, begeht eine Straftat nach § 95 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. Nr. 3a Arzneimittelgesetz (AMG):

§ 95 AMG: Strafvorschriften

(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft,

*1. wer entgegen **§ 5** Absatz 1 ein Arzneimittel in den Verkehr bringt oder **bei anderen anwendet** …*

….

*3a. entgegen **§ 8** Abs. 1 Nr. 1 oder Absatz 2, auch in Verbindung mit § 73 Abs. 4 oder § 73a, Arzneimittel oder Wirkstoffe herstellt, in den Verkehr bringt oder sonst mit ihnen Handel treibt.*

*Der **Versuch ist strafbar**.*

*(3) In **besonders schweren Fällen** ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu **zehn Jahren**. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter*

1. durch eine der in Absatz 1 bezeichneten Handlungen

a) die Gesundheit einer großen Zahl von Menschen gefährdet,

*b) einen anderen der **Gefahr des Todes** oder einer **schweren Schädigung** an Körper oder Gesundheit **aussetzt**.*

1.1 Verstoß gegen § 8 AMG durch schwerwiegende Abweichung von den anerkannten pharmazeutischen Regeln

1.2 Zweck und Definitionen des AMG

Der Impfstoff Comirnaty von Biontech darf deshalb nicht verimpft werden, weil dessen Herstellung durch die Firma Biontech in **beispielloser** und **vorsätzlicher Weise** gegen das Arzneimittelgesetz (AMG) verstößt.

Zweck des Arzneimittelgesetzes ist es, im Interesse einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung von Mensch und Tier für die **Sicherheit** im Verkehr mit Arzneimitteln, insbesondere für die **Qualität**, Wirksamkeit und **Unbedenklichkeit** der Arzneimittel nach Maßgabe der folgenden Vorschriften zu sorgen, § 1 AMG.

Sämtliche Corona-Impfstoffe, somit auch der Impfstoff Comirnaty, sind nach § 4 Abs. 4 AMG sogenannte Arzneimittel im Sinne des § 2 Abs. 1 AMG und unterliegen damit auch den Regelungen des deutschen Arzneimittelgesetzes.

§ 2 AMG Arzneimittelbegriff

(1) Arzneimittel sind Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen,

1. die zur Anwendung im oder am menschlichen … Körper bestimmt sind und als Mittel mit Eigenschaften zur Heilung oder Linderung oder zur Verhütung menschlicher … Krankheiten oder krankhafter Beschwerden bestimmt sind.

§ 4 Sonstige Begriffsbestimmungen

*(4) **Impfstoffe sind Arzneimittel** im Sinne des § 2 Abs. 1, die Antigene oder rekombinante Nukleinsäuren enthalten und die dazu bestimmt sind, bei Mensch oder Tier zur Erzeugung von spezifischen Abwehr- und Schutzstoffen angewendet zu werden und, soweit sie rekombinante Nukleinsäuren enthalten, ausschließlich zur Vorbeugung oder Behandlung von Infektionskrankheiten bestimmt sind.*

1.3 Verbote zum Schutz vor Täuschung

Das Arzneimittelgesetz enthält zur Gewährleistung der Sicherheit der Menschen verschiedene Verbote, deren Verstöße als Straftaten gewertet werden und daher mit Geldstrafe und sogar mit Freiheitsstrafe sanktioniert sind.

Die Herstellung des Impfstoffs Comirnaty verstößt in mehrfacher Hinsicht gegen das sogenannte „Täuschungsverbot" des § 8 Abs. 1 Nr. 1 AMG. Danach ist es verboten, Arzneimittel oder Wirkstoffe herzustellen oder in den Verkehr zu bringen, die durch Abweichung von den anerkannten pharmazeutischen Regeln **in ihrer Qualität** nicht unerheblich **gemindert sind**.

> ***§ 8 AMG: Verbote zum Schutz vor Täuschung***
>
> *1) Es ist verboten, Arzneimittel oder Wirkstoffe herzustellen oder in den Verkehr zu bringen, die*
>
> *1. durch Abweichung von den anerkannten pharmazeutischen Regeln in ihrer Qualität nicht unerheblich gemindert sind.*

1.4 Rechtsgrundlagen der anerkannten pharmazeutischen Regeln

Die Herstellung und das Inverkehrbringen des Impfstoffs Comirnaty, welcher seit Juli 2021 auch bei Kindern und Jugendlichen verimpft wird, weicht aus verschiedenen Gründen gravierend gegen die anerkannten pharmazeutischen Regeln im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 AMG ab und damit zugleich gegen die **europaweit** (und international) geltenden Regeln der sogenannten „Guten Herstellungspraxis" („good manufacturing practice").

Diese **„anerkannten pharmazeutischen Regeln"** sind für alle Hersteller verbindlich in den folgenden Rechtsvorschriften vorgeschrieben:

- in der europäischen Richtlinie **RL 2001/83/EG,**
- in der europäischen **Richtlinie 2003/94/EG** und
- in der **Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung (AMWHV)**

1.5 Massive Verstöße gegen die „Gute Herstellungspraxis“

Unter **Gute Herstellungspraxis** (englisch: „Good Manufacturing Practice“, abgekürzt GMP) versteht man **Richtlinien zur Qualitätssicherung der Produktionsabläufe** und -umgebung in der Produktion von Arzneimitteln und Wirkstoffen, aber auch bei Kosmetika, Lebens- und Futtermitteln.

In der **pharmazeutischen Herstellung** spielt die **Qualitätssicherung eine zentrale Rolle**, da hier **Qualitätsabweichungen direkte Auswirkungen auf die Gesundheit** der Verbraucher haben können. Ein GMP-gerechtes Qualitätsmanagementsystem dient der Gewährleistung der Produktqualität und der Erfüllung der für die Vermarktung verbindlichen Anforderungen der Gesundheitsbehörden.

Entsprechende Richtlinien für den Arzneimittelbereich sind beispielsweise durch die **Europäische Kommission**, vgl. etwa

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Bekanntmachungen/GMP-Leitfaden/Einleitung-EG-GMP-Leitfaden.pdf.pdf

durch das Pharmaceutical Inspection Co-Operation Scheme (PIC/S), durch die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) sowie auf globaler Ebene durch das International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use (ICH) (bisher für Wirkstoffe und Qualitätsrisikomanagement) erstellt worden.

Eingeführt wurde der Begriff „Good Manufacturing Practice“ 1962 von der Food and Drug Administration durch die current good manufacturing practice (cGMP) initiative, vgl.

https://de.wikipedia.org/wiki/Gute_Herstellungspraxis

In Deutschland ist die Anwendung der Guten Herstellungspraxis für die Herstellung von Arzneimitteln und Wirkstoffen in der **Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung (AMWHV)** geregelt.

2. Anwendung wesentlicher Bestandteile des Impfstoffes am/im Menschen nicht vorgesehen

2.1 Neuartige Nano-Lipide erstmalig in Impfstoff eingesetzt

Der Impfstoff besteht ausweislich der eigenen Angaben von Pfizer/Biontech auf der eigenen Produktinformation unter anderem aus den folgenden zwei Hilfsstoffen:

1. (4-hydroxybutyl)azanediyl)bis(hexane-6,1-diyl)bis(2-hexyldecanoate) **(ALC-0315)**

2. 2-[(polyethylene glycol)-2000]-N,N-ditetradecylacetamide **(ALC-0159),** im folgenden nur noch **ALC-0315 und ALC-0159**

Es handelt sich bei diesen Stoffen **ALC-0315 und ALC-0159** um sogenannte „**partikelbildende Nano-Lipide**“, auch „**Lipid-Nanopartikel**“ genannt (**LNP**), die nachweislich im Biontech Impfstoff "BNT162b2" eingesetzt werden.

Die Lipid-Nanopartikel wurden als Trägermedium gewählt, um die mRNA vor dem Abbau zu schützen und das Eindringen in die Körperzellen zu erleichtern. Die LNP bestehen aus einer Mischung aus Phospholipiden, Cholesterin, PEGylierten Lipiden und **kationischen oder ionisierbaren Lipiden**. Die Phospholipide und das Cholesterin haben strukturelle und stabilisierende Funktionen, während die PEGylierten Lipide die verlängerte Verteilung im ganzen Körper unterstützen.

Die Bestandteile sind in der **Produktinformation** zu Comirnaty von Pfizer/Biontech („Anhang I Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels“), die bei der European Medicine Agency (EMA) eingereicht wurde, als die **beiden ersten Bestandteile** genannt.

Beweis: Produktinformation zu Comirnaty, Seite 16

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_de.pdf

Beide **Stoffe ALC-0315 und ALC-0159** sind auch im **Sicherheitsbericht** des für Impfstoffe zuständigen **Paul-Ehrlich-Instituts** (PEI) vom 4.2.2021 genannt.

Beweis: Sicherheitsbericht PEI vom 4.2.2021, S. 14

https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-bis-31-01-21.pdf

2.2 Keine Verwendung von ALC-0315 und ALC-0159 am/im Menschen

Ausweislich der Angaben verschiedener Hersteller dieser Stoffe (z.B. **Echelon, Cayman, MedChem)** sind diese Stoffe **nicht am oder im Menschen zu verwenden**, sondern ausschließlich für Forschungszwecke, vgl. hierzu beispielhaft die Angaben des US-amerikanischen Unternehmens Echelon Bioscienses:

> *"ALC-0315 is an ionizable lipid which has been used to form lipid nanoparticles for delivery of RNA.*
>
> *ALC-0315 is one of the components in the BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 in addition to ALC-0159, DSPC, and cholesterol. This product is for research use only and not for human use."*
>
> https://www.echelon-inc.com/product/alc-0315/
>
> https://www.echelon-inc.com/product/alc-0159/

Die Angabe „not for human use" auf der Homepage des Unternehmens Echelon Bioscienses wurde noch am selben Tag des Bekanntwerdens der Nichtzulassung dieser Stoffe für den Einsatz im Menschen am 19.12.2021 vom Unternehmen entfernt. Die ursprüngliche Seite ist jedoch als PDF gesichert.

Die auf der Homepage verbliebenen Aussagen lauten jetzt nur noch wie folgt: „**for research only**". Dies bedeutet jedoch dasselbe, nämlich die **fehlende Geeignetheit** des Stoffs ALC-0315 als Inhaltsstoff eines Arzneimittels zur Anwendung in oder am Menschen.

3. Verstoß gegen § 55 AMG (Arzneibuch)

Normalerweise werden bei der Herstellung von Arzneimitteln nur solche Ausgangsstoffe verwendet, die im **Europäischen** oder im **Deutschen Arzneibuch** enthalten sind (§ 55 AMG) und für die es sog. „Monographien" gibt. In diesen Monographien sind die Herstellungs- und Prüfschritte für die entsprechenden Stoffe enthalten.

§ 55 (1) AMG lautet:

„(1) Das Arzneibuch ist eine vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut und dem Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit ***bekannt gemachte Sammlung anerkannter pharmazeutischer Regeln über die Qualität, Prüfung****, Lagerung, Abgabe und Bezeichnung* ***von Arzneimitteln und den bei ihrer Herstellung verwendeten Stoffen.***

§ 55 (8) AMG regelt:

„(8) Bei der Herstellung von Arzneimitteln ***dürfen nur Stoffe*** *und die Behältnisse und Umhüllungen, soweit sie mit den Arzneimitteln in Berührung kommen,* ***verwendet werden*** *und nur Darreichungsformen angefertigt werden,* ***die den anerkannten pharmazeutischen Regeln entsprechen****."*

3.1 Die Bestandteile ALC-0315 und ALC-0159 sind nicht im Arzneibuch enthalten

Die beiden in der Produktinformation von BioNTtech zum Impfstoff Comirnaty enthaltenen Bestandteile

(4-hydroxybutyl)azanediyl)bis(hexane-6,1-diyl)bis(2-hexyldecanoate)
(ALC-0315)

2-[(polyethylene glycol)-2000]-N,N-ditetradecylacetamide
(ALC-0159)

sind **nicht im Arzneibuch enthalten**, weder im deutschen Arzneibuch noch im Europäischen Arzneibuch.

Sie wurden von Biontech als **neue Rezeptur entwickelt** und werden von verschiedenen Herstellern im Auftrag von Biontech – unter anderem auch in Deutschland – für die Herstellung des Impfstoffs Comirnaty produziert.

Es handelt sich somit um sogenannte „**neuartige Hilfsstoffe**".

3.2 Neuartigkeit der Hilfsstoffe durch EMA-Report bestätigt

Die Neuartigkeit dieser beiden Hilfsstoffe des Impfstoffs Comirnaty wird ausdrücklich auch im ursprünglichen „Assessment Report" (Bewertungsbericht) der European Medicine Agency (EMA) vom 19.2.2021 bestätigt. Dort heißt es:

> *"All excipients **except the functional lipids ALC-0315 and ALC-0159** and the structural lipid DSPC comply with Ph. Eur.*
>
> *The functional lipid excipients ALC-0315 and ALC-0159 are classified as **novel excipients**".*

Übersetzt heißt dies, dass die beiden Lipide **ALC-0315 and ALC-0159** nicht mit den europäischen Pharmavorschriften übereinstimmen.

Im selben **Bewertungsbericht der EMA vom 19. Februar 2021** (Assessment Report) heißt es weiter unten auf Seite 23:

> *Novel excipients:*
>
> ***Two novel excipients are included** in the finished product, the cationic lipid ALC-0315 and the PEGylated lipid ALC-0159. **Limited information** regarding the novel excipients are provided.*

Die EMA selbst stellt somit fest, dass lediglich eingeschränkte Unterlagen („limited information") zu den beiden Stoffen ALC-0315 and ALC-0159 eingereicht wurden.

Beweis: Assessment Report EMA Comirnaty v. 19.2.2021 (Bewertungsbericht EMA), Seite 23

https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf

3.3 Besondere Anforderungen an neuartige Hilfsstoffe

Ist ein Stoff nicht im Europäischen oder Deutschen Arzneibuch enthalten, werden an seine Dokumentation besondere Anforderungen gestellt. Der Anhang der **RL 2001/83/EG** regelt unter Modul 3, Ziffer 3.2.2.4 d):

> ***d) Neuartige Hilfsstoffe:***
>
> *Falls ein Hilfsstoff (Hilfsstoffe) erstmalig in einem Arzneimittel eingesetzt wird (werden) oder dies durch eine neue Art der Anwendung geschieht, sind **umfassende Angaben zur Herstellung**, zur **Charakterisierung** und zu den Kontrollen zu machen, wobei entsprechend dem vorstehend beschriebenen Wirkstoffformat Querverweise sowohl auf die präklinischen als auch auf die klinischen Daten zur Unbedenklichkeit zu machen sind.*
>
> ***Es ist ein Dokument mit ausführlichen chemischen, pharmazeutischen und biologischen Informationen vorzulegen.** Die Präsentation dieser Daten erfolgt in der gleichen Reihenfolge, wie dies im Kapitel über Wirkstoffe unter Modul 3 der Fall ist.*
>
> *Die Informationen über einen neuartigen Hilfsstoff (neuartige Hilfsstoffe) können als eigenständiges Dokument in der vorstehend beschriebenen Form vorgelegt werden. Sind Antragsteller und Hersteller des neuartigen Hilfsstoffs nicht identisch, ist dieses Dokument dem Antragsteller zur Vorlage bei der zuständigen Behörde bereitzustellen.*
>
> *Zusatzangaben zu den **Toxizitätsstudien mit dem neuartigen Hilfsstoff** sind unter Modul 4 des Antrags zu machen**.***
>
> *Die **klinischen Studien** sind unter Modul 5 vorzulegen.*

3.4 Erstmalige und neuartige Anwendung der Hilfsstoffe

Die Bestandteile ALC-0315 und ALC-0159 werden zum einen **erstmalig** in einem Arzneimittel eingesetzt. Zum anderen geschieht dies auch „**durch eine neue Art der Anwendung**". Die rechtlichen Voraussetzungen der **RL 2001/83/EG** Modul 3, Ziffer 3.2.2.4 d) sind somit erfüllt. Vor dem Einsatz dieser beiden Hilfsstoffe sind also zwingend besondere Studien, besondere Angaben und besondere Dokumente über die

- Herstellung
- Charakterisierung
- Kontrollen

bezüglich der chemischen, pharmazeutischen und biologischen Informationen der beiden neuartigen und erstmalig eingesetzten Bestandteile ALC-0315 und ALC-0159 vorzulegen.

3.5 Weitere Anforderungen an die Hilfsstoffe

Gleiches regelt § 13 Abs. 3 S. 1 AMWHV: Nach dieser Vorschrift dürfen zur Herstellung von Arzneimitteln Hilfsstoffe nur solche Ausgangsstoffe verwendet werden, die gemäß der Guten Herstellungspraxis hergestellt wurden.

Die „Gute Herstellungspraxis" wird im **EU-GMP-Leitfaden** festgeschrieben, der durch die Regelung in der AMWHV unmittelbar in Deutschland Geltung beansprucht. Im EU-GMP-Leitfaden heißt es in **Kapitel 1 unter Grundsätze:**

> *Der Inhaber einer Herstellungserlaubnis muss Arzneimittel so herstellen, **dass ihre Eignung für den vorgesehenen Gebrauch gewährleistet** ist, sie, soweit anwendbar, den Anforderungen der Arzneimittelzulassung oder der Genehmigung der klinischen Prüfung entsprechen und die Patienten keiner Gefahr wegen unzureichender Sicherheit, Qualität oder Wirksamkeit aussetzen."*

> **RL 2001/83/EG** Modul 3, Ziffer 3.2.2.4 a) bestimmt:

> *Alle zur Herstellung des Hilfsstoffs (der Hilfsstoffe) benötigten Materialien sind in einer Liste aufzuführen, wobei anzugeben ist, auf welcher Stufe des Prozesses das jeweilige Material eingesetzt wird. Es sind Angaben zur Qualität und Kontrolle dieser Materialien zu machen. Ferner ist anhand von sachdienlichen Informationen **nachzuweisen**, dass die Materialien **den ihrem Verwendungszweck entsprechenden Normen** genügen.*

3.6 Verunreinigungen des Impfstoffs Comirnaty

Aus den Ausführungen auf S. 23 des Bewertungsberichts der EMA zur bedingten Zulassung des Impfstoffes vom 19.2.2021 (EMA Assessment Report) geht klar hervor, dass in den Impfstoffen **Verunreinigungen** bedingt durch die **Lipid-Nanopartikel** enthalten sind.

> ***Lipid-related impurities have been identified** in the finished product and have been characterized. An investigation has been initiated and is ongoing to assess and review potential root causes. The outcome of the investigation shall be provided (SO2).*

Beweis: Assessment Report EMA Comirnaty v. 19.2.2021 (Bewertungsbericht EMA), Seite 23

https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf

3.7 Zusätzliche Auflagen der EMA an Biontech

Diesbezüglich waren Biontech im Februar 2021 von der EMA in dreifacher Hinsicht besondere Verpflichtungen (specific obligations, kurz „SO") zum Nachweis der pharmazeutischen Qualität der Hilfsstoffe ALC-0159 und ALC-0315 auferlegt worden, die **bis Juli 2021 hätten erfüllt werden müssen** (SO2, SO4 und SO5):

In the context of the conditional marketing authorisation, the applicant should fulfill the following specific obligations (SOs):

- ***SO2**: In order to ensure consistent product quality, the MAH should provide additional information to enhance the control strategy, including the active substance and finished product specifications. Due date: July 2021. Interim reports: March 2021.*
- ***SO4:** In order to confirm the purity profile and ensure comprehensive quality control and batch-to-batch consistency throughout the lifecycle of the finished product, the MAH should provide additional information about the synthetic process and control strategy for the excipient ALC-0315. Due date: July 2021, Interim reports: January 2021, April 2021.*
- ***SO5:** In order to confirm the purity profile and ensure comprehensive quality control and batch-to-batch consistency throughout the lifecycle of the finished product, the MAH should provide additional information about the synthetic process and control strategy for the excipient ALC-0159.*

Beweis: Assessment Report EMA Comirnaty v. 19.2.2021 (Bewertungsbericht EMA),Seite 36 - 38

https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf

3.8 Weitere Verunreinigung nach Aussage eines Whistleblowers

Von einem Whistleblower, Mitarbeiter eines Unternehmens, das den Bestandteil ALC-0315 für Biontech herstellt, wurde der Unterzeichnerin ferner bekannt gegeben, dass seit wenigen Wochen der Stoff ALC-0315 nicht mehr 8 mal durch entsprechende Kartuschen zu filtern ist, sondern nur noch 4 mal. Dies bedeutet freilich, dass erheblich mehr Schadstoffe und Verunreinigungen in diesen Nano-Lipiden verbleiben und mit der Impfung in den Körper der Menschen eingebracht werden, als mit einer doppelten Anzahl der Filterung.

Diese Handlung **widerspricht** zudem in unmittelbarer Auswirkung **den besonderen Auflagen der EMA** im Zulassungsbescheid, deren Ziel es war, den Zulassungsinhaber zu verpflichten, die einwandfreie Qualität des Fertigarzneimittels (Auflage S02), des Hilfsstoffes ALC-0315 (S04) und des Hilfsstoffes ALC-0159 (S05) herbeizuführen.

Auch hierdurch sind weitere massive Verunreinigungen des Hilfsstoffs zu befürchten, in jedem Fall jedoch eine **Minderung der Qualität des Impfstoffs**, was in einem weiteren Punkt den anerkannten pharmazeutischen Regeln im Sinne des § 8 AMG widerspricht.

4. Keine Nachweise zur Qualität und Kontrolle der Stoffe ALC-0315 und ALC-0159

Der Hersteller Biontech hat bis zum heutigen Tag keinerlei Nachweise, Dokumente und Daten entsprechend der zuvor genannten rechtlichen Anforderungen und besonderen Auflagen der EMA zum Nachweis der einwandfreien Qualität und damit der Geeignetheit und Sicherheit der Hilfsstoffe zur Verwendung im Fertigarzneimittel Comirnaty erbracht. Dies ergibt sich aus dem **neuesten Bewertungsbericht der EMA** zur Verlängerung der bedingten Zulassung (Assessment Report EMA Oktober 2021) aus Seite 6. Dort heißt es:

> ***Specific Obligation SO2:***
>
> *In order to ensure consistent product quality, the MAH should provide additional information to enhance the control strategy, including the active substance and finished product specifications.*
>
> *Due date indicated in Annex II: Juli 2021*
>
> *Date of submission: 02/08/2021*

Current status: ***NOT FULFILLED***

Specific Obligation SO4:

In order to confirm the purity profile and ensure comprehensive qualitycontrol and batch-to-batch consistency throughout the lifecycle of the finished product, the MAH should provide additional information about the synthetic process and control strategy ***for the excipient ALC-0315.***

Due date indicated in Annex II: *Juli 2021*

Date of submission: *06/01/2021 / 26/07/2021*

Current status: ***NOT FULFILLED***

Specific Obligation SO5:

In order to confirm the purity profile and ensure comprehensive quality control and batch-to-batch consistency throughout the lifecycle of the finished product, the MAH should provide additional information about the synthetic process and control strategy for ***the excipient ALC-0159.***

Due date indicated in Annex II: *Juli 2021*

Date of submission: *06/01/2021 / 26/07/2021*

Current status: ***NOT FULFILLED***

Beweis: EMA Assessment report on the annual renewal oft the conditional marketing authorisation – Comirnaty – Okt. 2021, Seite 6 - 9

https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/comirnaty-h-c-5735-r-0046-epar-assessment-report-renewal_en.pdf

4.1 Fristablauf zur Erfüllung der besonderen Auflagen seit Juli 2021

Die **Fristen** zur Vorlage der Dokumente mit dem Nachweis der Erfüllung der besonderen Auflagen der EMA in Bezug auf die Lipid-Nanopartikel als neuartige und erstmalig eingesetzte Hilfsmittel sind somit **abgelaufen.**

Die Eignung der beiden Stoffe, die Sicherheit und Wirksamkeit von **ALC-0315 und ALC-0159** wurden bis zum heutigen Tage – **ein Jahr seit Beginn der Impfungen** mit

Comirnaty – noch immer nicht nachgewiesen. Die besonderen Auflagen der EMA zum Schutz der Menschen vor Gesundheits- und Todesgefahren wurden von Biontech **nicht erfüllt**.

Specific Obligation SO2: NOT FULFILLED!

Specific Obligation SO4: NOT FULFILLED!

Specific Obligation SO5: NOT FULFILLED!

4.2 Das „Safety Data Sheet" von Pfizer vom 7.12.2021 enthält keine Daten

Die fehlenden Nachweise der besonderen Verpflichtungen („special obligations"-SO) zu den beiden Nano-Lipid-Stoffen werden im aktuellen **Sicherheitspapier „Safety Data Sheet" von Pfizer Stand 7.12.2021** bestätigt**:**

Selbst ein Jahr nach Einsatz der Impfstoffs Comirnaty von Biontech enthält dieses **„Safety Data Sheet"** nämlich keinerlei Angaben zur Klassifikation entsprechend der EG-VO Nr. 1272/2008. Dies ist nur dadurch erklärlich, dass diese beiden Stoffe **ALC-0315 und ALC-0159** auch weiterhin **nicht zum Einsatz in Human-Arzneimitteln vorgesehen sind.**

Daher sind die beiden Inhaltsstoffe ALC 0315 und ALC-0159 freilich schon nicht klassifizierbar, weil sie nämlich schon keine Stoffe sind, die für den Einsatz beim und im Menschen geeignet und vorgesehen sind.

Aber auch sonst finden sich in der Spalte „"Classification according to Regulation (EC) No. 1272/2008" **bei allen (!) Inhaltsstoffen** – darunter auch bei den Inhaltsstoffen ALC 0315 und ALC-0159 stets die Angabe „**No data available**", auf deutsch „keine Daten verfügbar".

Beweis: Safety Data Sheet Pfizer vom 7.12.2021, Seiten 1 bis 3

https://safetydatasheets.pfizer.com/DirectDocumentDownloader/Document

Es ist schlichtweg unmöglich, dass es nach vermutlich inzwischen mehreren **Milliarden verimpfter Comirnaty-Impfstoffe** weltweit und fast **100 Millionen** verimpfter Comirnaty-Dosen **in Deutschland** von Biontech noch immer keinerlei Daten zur

Klassifizierung und zu den besonderen Anforderungen der EMA entsprechend der anerkannten pharmazeutischen Regeln geben soll!

No data available! No data available? No data available!

4.3 Entzündungsauslösende Wirkung der Lipid-Nanopartikel

Es finden sich aber auch keinerlei Daten zu den beiden Inhaltsstoffen ALC 0315 und ALC-0159 im Hinblick auf die **Einschätzung der Toxizität**, vgl. Seite 3 des Safety Data Sheet Pfizer vom 7.12.2021. Dies gilt im Übrigen auch für alle weiteren dort genannten Inhaltsstoffe. Nach **RL 2001/83/EG** Modul 3, Ziffer 3.2.2.4 d) sind solche Zusatzangaben zu den Toxizitätsstudien mit dem neuartigen Hilfsstoff jedoch zwingend vorzulegen.

Die allgemeine Toxizität **wurde** ausweislich der Produktinformation von Biontech **nur an Ratten** überprüft:

> ***Allgemeine Toxizität***
>
> *Ratten, denen intramuskulär Comirnaty verabreicht wurde (Gabe von 3 vollen Humandosen einmal wöchentlich, die bei Ratten aufgrund von Körpergewichtsunterschieden relativ höhere Werte erzeugen), zeigten an der Injektionsstelle Ödeme und Erytheme und einen* ***Anstieg der weißen Blutkörperchen*** *(einschließlich basophile und eosinophile Leukozyten), die mit einer* ***Entzündungsreaktion übereinstimmen****, sowie eine Vakuolisierung der portalen Hepatozyten ohne Anzeichen einer Leberschädigung.*

Beweis: Produktinformation Comirnaty, S. 15

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-e-par-product-information_de.pdf

Aus den toxikologischen präklinischen Studien an Ratten ergibt sich also eindeutig eine Entzündungsreaktion, wie sie sich im Übrigen in der Vielzahl der gemeldeten Nebenwirkungen widerspiegelt.

4.4 Aktuelle Studie belegt die Gefährlichkeit der beiden Lipid-Nanopartikel

So zeigt eine aktuelle Studie, dass die Lipid-Nanopartikel ALC 0315 und ALC-0159 **stark entzündlich** wirken. Die Injektion dieser LNPs führt zu schnellen und starken Entzündungsreaktionen mit Aktivierung verschiedener Entzündungswege und Produktion verschiedener entzündlicher Zytokine und Chemokine. Sie sind damit für die Palette **schwerster Nebenwirkungen** verantwortlich.

Dieselbe Dosis LNP, die den Tieren **intranasal** verabreicht wurde, führte zu ähnlichen **Entzündungsreaktionen** in der **Lunge** und hatte bei den Versuchstieren eine **hohe Mortalität** zur Folge.

Beweis: Studie von Ndeupen, Quin et al v. 17.12.2021 „The mRNA-LNP platform's lipid nanoparticle component used in preclinical vaccine studies is highly inflammatory“

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589004221014504

Diese aktuelle Studie belegt somit nicht nur die Ungeeignetheit der beiden neuartigen Hilfsstoffe, die erstmalig überhaupt und erstmalig in dieser Art und Weise beim Menschen eingesetzt werden. Die Studie belegt insbesondere auch die **besondere Gefährlichkeit** der Lipid-Nanopartikel ALC 0315 und ALC-0159 für Menschen. Diese Gefährlichkeit erhöht sich nach den Feststellungen der Autoren mit jeder weiteren Impfung (Booster) gravierend.

Die in den Sicherheitsberichten des Paul-Ehrlich-Instituts dokumentierten **Herzmuskelentzündungen und Herzbeutelentzündungen** (Myokarditis und Perikarditis) belegen die gefährlichen Entzündungsreaktionen.

Beweis: **Sicherheitsbericht Paul-Ehrlich-Institut** vom 23.12.2021, Seite 5

https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-20-bis-30-11-21.pdf

4.5 Keinerlei Studien und Daten zu Genotoxizität/Karzinogenität

Darüber hinaus bestehen auch sonst ausweislich der eigenen Aussagen von Pfizer/Biontech **keinerlei Sicherheitsstudien** auf mögliche Genotoxizität und Karzinogenität **(Krebserregung)** durch den Impfstoff Comirnaty. So heißt es in der Produktinformation Comirnaty:

> ***Genotoxizität/Karzinogenität***
>
> *Es wurden weder Genotoxizitäts- noch Karzinogenitätsstudien durchgeführt.*

Beweis: Produktinformation Comirnaty, S. 15

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_de.pdf

4.6 Keine Studien zu Wechselwirkungen und bei immungeschwächten Personen

Im Übrigen wurden auch **keine Wechselwirkungsstudien** in Bezug auf die gleichzeitige Einnahme anderer Medikamente durchgeführt, vgl. die Produktinformation zu Comirnaty, S. 45:

> ***Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen***
>
> *Es wurden keine Studien zur Erfassung von Wechselwirkungen durchgeführt. Die gleichzeitige Verabreichung von Comirnaty mit anderen Impfstoffen wurde nicht untersucht.*

Darüber hinaus wurde **nicht** einmal die **Wirksamkeit und Sicherheit** des Impfstoffs bei **immungeschwächten Personen**, einschließlich Personen unter einer Therapie mit Immunsuppressiva, bewertet, obwohl doch gerade dieser Patientengruppe der Menschen mit schweren Vorerkrankungen seit Beginn der Impfungen priorisiert die Gabe der Corona-Impfung empfohlen wurde (auch bei Kindern!):

Die Wirksamkeit und Sicherheit des Impfstoffs wurde bei immungeschwächten Personen, einschließlich Personen unter einer Therapie mit Immunsuppressiva, nicht bewertet.

Beweis: Produktinformation Comirnaty, S. 45

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_de.pdf

4.7 Keine Vorlage der notwendigen Unterlagen für Zulassung an die EMA

Die rechtlichen Vorgaben des § 13 Abs. 3 S. 1 AMWHV sowie die von der EMA geforderten besonderen Nachweise („special obligations") sind für die neuen Hilfsstoffe ALC-0315 und ALC 0159 somit offensichtlich und vorsätzlich nicht erfüllt worden:

- **Es fehlen** die notwendigen Daten und Nachweise dafür, dass die neuen Hilfsstoffe ALC-0315 und ALC 0159 den ihrem **Verwendungszweck entsprechenden Normen genügen**.

- **Es fehlen** ferner die notwendigen Daten und Nachweise dafür, dass ihre **Eignung** für den vorgesehenen Gebrauch **gewährleistet** ist.

- **Es fehlen** schließlich die notwendigen Daten und Nachweise dafür, dass diese beiden neuen Hilfsstoffe den **Anforderungen der Arzneimittelzulassung** oder der Genehmigung der klinischen Prüfung entsprechen.

- Die bedeutet eine **erhebliche Minderung der Qualität** durch gravierende Abweichungen des Herstellungsprozesses von den „anerkannten pharmazeutischen Regeln" im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 AMG.

- Daraus ist zugleich zu folgern, dass der Hersteller Pfizer/Biontech die geimpften oder die noch zu impfenden Menschen durch die Herstellung und Verbreitung des Impfstoffs Comirnaty in vorsätzlicher Weise einer sehr erheblichen Gefahr wegen **unzureichender Sicherheit, Qualität oder Wirksamkeit** im Sinne des § 13 Abs. 3 AMWHV aussetzt.

5. Pflicht der deutschen Behörden zur Veranlassung des Ruhens der Zulassung

Aufgrund all dieser hier dargelegten und nachgewiesenen Tatsachen und Rechtsverstöße wären die deutschen Vertreter bei der Europäischen Arzneimittelagentur EMA grundsätzlich verpflichtet, ein **sofortiges Ruhen der Zulassung** zu fordern, bis die entsprechenden Auflagen zur Einhaltung der „guten Herstellungspraxis" und damit der anerkannten pharmazeutischen Regeln erfüllt sind.

Eine deutsche Zulassung ist nach § 30 Abs. 2 Nr. 1 AMG zu widerrufen oder das Ruhen ist anzuordnen, wenn unvollständige Angaben gemacht werden oder wenn angeordnete Auflagen nicht eingehalten werden:

> ***§ 30 AMG: Rücknahme, Widerruf, Ruhen***
>
> *(2) Die **zuständige Bundesoberbehörde kann die Zulassung***
>
> > *1. **zurücknehmen**, wenn in den Unterlagen nach den §§ 22, 23 oder 24 unrichtige oder **unvollständige Angaben** gemacht worden sind oder wenn einer der Versagungsgründe des § 25 Abs. 2 Nr. 6a oder 6b bei der Erteilung vorgelegen hat,*
> >
> > *2. **widerrufen**, wenn einer der Versagungsgründe des § 25 Abs. 2 Nr. 2, 6a oder 6b nachträglich eingetreten ist oder wenn eine der nach § 28 **angeordneten Auflagen nicht eingehalten** und diesem Mangel nicht innerhalb einer von der zuständigen Bundesoberbehörde zu setzenden angemessenen Frist abgeholfen worden ist; dabei sind Auflagen nach § 28 Abs. 3 und 3a jährlich zu überprüfen,*
> >
> > *3. im Benehmen mit der zuständigen Behörde widerrufen, wenn die für das Arzneimittel vorgeschriebenen **Prüfungen der Qualität** nicht oder **nicht** ausreichend **durchgeführt** worden sind,*
> >
> > *4. im Benehmen mit der zuständigen Behörde widerrufen, wenn sich herausstellt, dass das Arzneimittel **nicht nach den anerkannten pharmazeutischen Regeln hergestellt** worden ist.*

Der Impfstoff Comirnaty wurde nicht nach deutschem Recht, sondern nach europäischem Recht zugelassen. Dennoch obliegt es den deutschen Vertretern bei der EMA zwingend, die Rücknahme, den Widerruf oder jedenfalls das sofortige vorläufige Ruhen der bedingten europäischen Zulassung des Impfstoffs Comirnaty zu beantragen.

Denn es ist schlichtweg **unverantwortlich**, unter diesen Umständen den Impfstoff Comirnaty millionenfach in Deutschland weiter zu impfen und damit „anzuwenden" im Sinne des § 5 AMG.

5.1 Das Versagen des Paul-Ehrlich-Instituts

Dies gilt umso mehr, als gemäß § 32 Abs. 1 AMG die Charge eines Impfstoffes in Deutschland - **trotz Vorliegens einer Zulassung** - nur dann **in Verkehr gebracht werden darf**, wenn die zuständige Bundesoberbehörde – hier das Paul-Ehrlich-Institut - die betreffende Charge nach Durchführung einer Chargenprüfung freigegeben hat.

Eine Freigabe darf danach erst dann erfolgen, wenn diese staatliche Chargenprüfung ergeben hat, dass die Charge nach **Herstellungs- und Kontrollmethoden**, die dem jeweiligen **Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse** entsprechen, hergestellt und geprüft worden ist und dass sie die erforderliche Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit aufweist:

> ***§ 32 AMG: Staatliche Chargenprüfung***
>
> *(1) Die Charge eines Serums, eines Impfstoffes oder eines Allergens darf unbeschadet der Zulassung nur in den Verkehr gebracht werden, wenn sie von der zuständigen Bundesoberbehörde freigegeben ist. Die Charge ist freizugeben, wenn eine Prüfung (staatliche Chargenprüfung) ergeben hat, dass die Charge nach Herstellungs- und Kontrollmethoden, die dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen, hergestellt und geprüft worden ist und dass sie die* ***erforderliche Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit aufweist****. Die Charge ist auch dann freizugeben, soweit die zuständige Behörde eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union nach einer experimentellen Untersuchung festgestellt hat, dass die in Satz 2 genannten Voraussetzungen vorliegen.*

5.2 Beispielloser Verstoß gegen die „Good Manufacturing Practice“ der Impfstoffherstellung

Es ist ein beispielloser und ungeheuerlicher Verstoß gegen sämtliche Regeln der Herstellung von Arzneimitteln, insbesondere gegen die Verpflichtung nach § 8 AMG zur Einhaltung der „anerkannten pharmazeutischen Regeln“

1. dass Substanzen, die als wesentliche Bestandteile des Arzneimittels Comirnaty einzustufen sind, in einem „Impfstoff“ am Menschen eingesetzt werden, obwohl diese Stoffe nur für die Forschung verwendet werden dürfen, jedoch ausdrücklich nicht für den Einsatz am oder im Menschen vorgesehen sind,

2. dass für die beiden Bestandteile ALC-0315 und ALC-0159, die sowohl **neuartige** Hilfsstoffe sind als auch durch eine neue Art der Anwendung **erstmalig** am Menschen eingesetzt werden, keinerlei zusätzliche Studien und Angaben zur Klassifikation und zur Toxizität vorgelegt werden – auch nicht nach einem Jahr.

3. dass es Milliarden von Menschen weltweit - und zugleich 83 Millionen Bürgern in Deutschland - verschwiegen wird, dass sie hiermit offensichtlich an einem „klinischen Versuch" teilnehmen, was gegen die **Deklaration von Helsinki, der alle Ärzte weltweit rechtlich unterliegen** und gegen den Nürnberger Kodex verstößt.

5.3 Unkenntnis der Menschen von der laufenden klinischen Studie mit Comirnaty

Die Tatsache, dass die Impfungen mit Comirnaty noch einen laufenden klinischen Studienprozess darstellen, ergibt sich zuletzt aus dem Bewertungsbericht der EMA vom Oktober 2021. Dort heißt es am Ende des Berichts auf Seite 43:

> *In order to confirm the efficacy and safety of Comirnaty, the MAH should submit the **final Clinical Study Report** for the randomized, placebo-controlled, observed blind study C4591001.*
>
> *Due Date: December 2023*

Beweis: EMA Assessment report on the annual renewal oft the conditional marketing authorisation – Comirnaty – Okt. 2021, Seite 43

https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/comirnaty-h-c-5735-r-0046-epar-assessment-report-renewal_en.pdf

Der abschließende Studienbericht der klinischen Studie ist somit erst in zwei Jahren, also erst **im Dezember 2023** vorzulegen! Bis dahin stellt sich die Impfung als eine laufende klinische Studie dar!

5.4 Besondere Aufklärung und Einwilligung in klinische Studie

Angesichts der grauenvollen Impfversuche der Nazis in den KZs – unter der Federführung des Robert-Koch-Instituts und vieler Ärzte und Wissenschaftler sowie der Pharmaindustrie - ist die Aufklärung über die Durchführung eines klinischen Versuchs sowie die ausdrückliche Einwilligung in einen klinischen Versuch mit Medikamenten und Impfstoffen für alle Ärzte und Hersteller verpflichtend. Dies ist für alle Ärzte verpflichtend in der **Deklaration von Helsinki** und in § 15 **Musterberufsordnung Ärzte** geregelt. Diese Regelungen basieren auf dem sogenannten **Nürnberger Kodex** (vgl. Anhang), der nach den Nürnberger Ärzteprozessen im Jahr 1947 entwickelt wurde.

> ***Deklaration von Helsinki, Ziffer 21:***
>
> *Medizinische Forschung am Menschen muss den allgemein anerkannten wissenschaftlichen Grundsätzen entsprechen sowie auf einer gründlichen Kenntnis der wissenschaftlichen Literatur, anderen relevanten Informationsquellen, ausreichenden Laborversuchen und, sofern angemessen, auf Tierversuchen basieren.*
>
> ***Deklaration von Helsinki, Ziffer 26:***
>
> *Bei der medizinischen Forschung an einwilligungsfähigen Personen muss jede potentielle Versuchsperson angemessen über die Ziele, Methoden, Geldquellen, eventuelle Interessenkonflikte, institutionelle Verbindungen des Forschers, den erwarteten Nutzen und die potentiellen Risiken der Studie, möglicherweise damit verbundenen Unannehmlichkeiten, vorgesehene Maßnahmen nach Abschluss einer Studie sowie alle anderen relevanten Aspekte der Studie informiert (aufgeklärt) werden.*

Nachweis:

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Helsinki_2013_20190905.pdf

Keine einzige Person, die seit einem Jahr gegen Corona geimpft wurde, wurde entsprechend der Deklaration von Helsinki und der besonderen ärztlichen Aufklärungspflichten darüber informierte und aufgeklärt, dass sie an einer laufenden klinischen Studie zu dem Impfstoff Comirnaty teilnimmt, die bis Dezember 2023 läuft.

5.5 Kriminelle Verstöße gegen das Arzneimittelrecht

Dies sind die **schwerwiegendsten und damit zugleich kriminellsten Verstöße gegen die international geltenden Regelungen** zur Herstellung von Arzneimitteln und gegen das deutsche Arzneimittelrecht, die jemals begangen wurden: Zunächst von Pfizer/Biontech selbst als Hersteller des Impfstoffs, sodann von der europäischen Zulassungsbehörde und selbstverständlich auch von zuständigen deutschen Behörden, allen hierfür verantwortlichen Beamten, Mitarbeitern, Ärzten, Wissenschaftlern und Politikern.

Alle verantwortlichen Personen sind daher nach § 8 i.V.m. § 95 Abs. 1 Nr. 3a, Abs. 3 AMG strafrechtlich zu verfolgen, und zwar wegen der Verwirklichung eines **besonders schweren Falls.**

6. Freiheitsstrafe bis zu 10 Jahren im besonders schweren Fall

Angesichts der zuvor dargelegten vorsätzlichen Verstöße kommt vorliegend ausschließlich die Verwirklichung des besonders schweren Falls der Straftat nach § 95 Abs. 3 AMG in Betracht.

Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter durch die Herstellung oder die Anwendung des Impfstoffes die Gesundheit einer **großen Zahl von Menschen gefährdet** oder einen anderen der **Gefahr des Todes** oder einer **schweren Schädigung an Körper** oder Gesundheit aussetzt:

§ 95 Abs. 3 AMG: Straftat in besonders schweren Fällen

(3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter

- *1.durch eine der in Absatz 1 bezeichneten Handlungen*

  a) die Gesundheit einer großen Zahl von Menschen gefährdet,

  b) einen anderen der Gefahr des Todes oder einer schweren Schädigung an Körper oder Gesundheit aussetzt oder

  c) aus grobem Eigennutz für sich oder einen anderen Vermögensvorteile großen Ausmaßes erlangt.

Die **Freiheitsstrafe** kann in diesen Fällen **bis zu 10 Jahre** festgesetzt werden.

Ein schwerer Fall ist hierbei angesichts des klaren Wortlauts des § 95 Abs. 3 Nr. 1b AMG schon dann anzunehmen, wenn trotz der zuvor beschriebenen gravierenden Verstöße gegen das Arzneimittelgesetz **ein einziges Kind** oder **ein einziger Erwachsener** geimpft wird und hierdurch diese (einzige) Person der **Gefahr** des Todes oder einer schweren Schädigung des Körpers oder der Gesundheit **aussetzt**. Wie groß diese Gefahr ist, zeigen allein die erschreckenden Meldungen des Paul-Ehrlich-Instituts in seinen zwischenzeitlich 16 Sicherheitsberichten.

6.1 1.427 gemeldete Todesfälle nach Impfung mit Comirnaty – davon 6 Kinder

Der letzte Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Instituts vom 23. Dezember 2021 dokumentiert **allein für den Impfstoff Comirnaty** seit Beginn der Impfungen am 27. Dezember 2020 bis 30.11.2021, also für einen Zeitraum von nur 11 Monaten

- **113.792 gemeldete Nebenwirkungen insgesamt**
- **16.874 gemeldete schwerwiegende Nebenwirkungen**
- **1.427 gemeldete Todesfälle nach Impfung mit Comirnaty,**
- **davon 6 gemeldete Todesfälle bei Kindern und Jugendlichen**

Diese Zahlen zeigen – wie übrigens bereits alle zuvor veröffentlichten Sicherheitsberichte des Paul-Ehrlich-Instituts seit Anfang Januar 2021 - dass der Impfstoff Comirnaty offensichtlich die Gefahr des Todes sowie die Gefahr einer schweren Schädigung an Körper oder Gesundheit birgt.

Beweis: Sicherheitsbericht Paul-Ehrlich-Institut vom 23.12.2021

https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-20-bis-30-11-21.pdf

6.2 16.674 gemeldete schwerwiegende Nebenwirkungen nach Comirnaty

Allein für den **Impfstoff Comirnaty** wurden innerhalb von **nur 11 Monaten** die Zahl **von 16.874 schwerwiegende Nebenwirkungen** gemeldet, dies bedeutet unter Umständen lebenslange schwere Schäden und Behinderungen.

Schwerwiegende Nebenwirkung ist nach der Definition des Art. 1 Nr. 12 RL 2001/83/EG eine Nebenwirkung, die

- tödlich oder lebensbedrohend ist,
- eine stationäre Behandlung oder Verlängerung einer stationären Behandlung erforderlich macht,
- zu bleibender oder schwerwiegender Behinderung oder Invalidität führt oder
- eine kongenitale Anomalie bzw. ein Geburtsfehler ist.

Nachweis: Art. 1 Nr. 12 der RL 2001/83/EG

https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32001L0083

6.3 Meldequote für Impfnebenwirkungen liegt vermutlich unter 1 Prozent

Es gilt als gesichert, dass Ärzte auftretende Arzneimittelnebenwirkungen nur in etwa 5 % aller Fälle überhaupt melden. Gelten Arzneimittel und Impfstoffe als „sicher“ und „wirksam“, wie dies für die Corona-Impfstoffe seit Monaten vom RKI, der Politik und den Medien behauptet wird, dann liegt nach langjährigen Studien die Meldequote sogar bei weniger als 1 Prozent.

Nachweis: Bahner, Corona-Impfung: Was Ärzte und Patienten unbedingt wissen sollten, S. 180 ff, m.w.N.

> https://www.buchkomplizen.de/index.php?lang=0&cl=search&searchparam=Beate+bahner

Es ist daher – insbesondere angesichts der nahezu vollständigen Leugnung eines Zusammenhangs zwischen Gesundheitsschaden und vorausgegangener Impfung durch das Paul-Ehrlich-Institut, durch die impfenden oder nachbehandelnden Ärzte und Kliniken sowie durch die Patienten selbst - leider zu vermuten, dass diese Studienergebnisse auch und gerade auf die Corona-Impfstoffe zutreffen. Nebenwirkungen und Todesfälle im zeitlichen Zusammenhang mit der Corona-Impfung werden vermutlich in weniger als einem Prozent aller Fälle gemeldet.

Nachweis: **Bahner**, Corona-Impfung, S. 179 ff., wie vor

6.4 Hochrechnung der möglichen Todesfälle durch Comirnaty

Bei einer **Meldequote von nur 5 %** wären somit (binnen 11 Monaten!) schon ca. **28.540 Todesfälle** allein durch die Impfung mit Comirnaty zu beklagen, hiervon 120 Kinder.

Bei einer **Meldequote von nur 1 %** wären sogar **142.700 Tote** allein im Zusammenhang mit der Biontech-Impfung Comirnaty zu vermuten, davon etwa 600 Kinder. Diese Schätzungen gelten hinsichtlich der Kinder nur für einen Zeitraum von fünf Monaten, da sich der Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Instituts nur auf den Zeitraum des Kinderimpfungen zwischen Juli und November 2021 bezieht.

6.5 23 mal mehr Todesfälle durch Corona-Impfungen

Es steht allerdings schon jetzt definitiv fest, dass die Corona-Impfungen ausweislich der Zahlen des Paul-Ehrlich-Instituts selbst (mindestens!) **23 mal mehr Todesfälle** verursacht haben, als alle Impfungen in Deutschland in den letzten 21 Jahren zusammen.

Nachweis: **Bahner**, Corona-Impfung, S. 154 ff, m.w.N., wie vor

Alle hierfür verantwortlichen Personen sind daher nach § 8 i.V.m. § 95 Abs. 1 Nr. 3a, Abs. 3 AMG strafrechtlich zu verfolgen, und zwar wegen der Verwirklichung eines besonders schweren Falls.

7. Straftat der impfenden Ärzte und weiterer Beteiligter nach §§ 5, 95 AMG

Unabhängig davon begehen jedoch auch **alle Ärzte**, die einen solchen Impfstoff verabreichen, somit „am Menschen anwenden" im Sinne des § 5 Abs. 1 AMG, eine Straftat nach § 95 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. §§ 5 und § 8 AMG, die mit Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren bestraft werden kann.

Bereits der **Versuch** ist nach § 95 Abs. 2 AMG strafbar.
Die Tat kann darüber hinaus auch **fahrlässig** begangen werden, § 95 Abs. 4 AMG.

7.1 Das Verbot der Anwendung bedenklicher Arzneimittel nach § 5 AMG

Denn die Impfung von Menschen mit dem Corona-Impfstoff Comirnaty von Biontech verstößt aufgrund des offensichtlichen Verstoßes gegen § 8 AMG zugleich gegen das Verbot das § 5 AMG und ist damit eine weitere **Straftat nach § 95 Abs. 1 Nr. 1 AMG**.

Nach § 5 AMG ist es ausdrücklich verboten, **bedenkliche** Arzneimittel in den Verkehr zu bringen oder bei einem anderen Menschen anzuwenden.

Bedenklich sind Arzneimittel, bei denen nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der **begründete Verdacht** besteht, dass sie bei bestimmungsgemäßem Gebrauch **schädliche Wirkungen haben**, die über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft **vertretbares Maß hinausgehen.**

§ 5 AMG: Verbot bedenklicher Arzneimittel

(1) Es ist verboten, bedenkliche Arzneimittel in den Verkehr zu bringen oder bei einem anderen Menschen anzuwenden.

> *(2) Bedenklich sind Arzneimittel, bei denen nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der begründete Verdacht besteht, dass sie bei bestimmungsgemäßem Gebrauch schädliche Wirkungen haben, die über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbares Maß hinausgehen.*

Ein Impfstoff, der schon innerhalb eines Zeitraums von nur 6 Monaten (Januar bis Juli 2021) ausweislich der eigenen Zahlen des Paul-Ehrlich-Instituts (mindestens!) **23 mal mehr Todesfälle** verursacht, als alle Impfungen in Deutschland in den letzten 21 Jahren, hat ganz offensichtlich solche schädlichen Wirkungen im Sinne des § 5 Abs. 2 AMG, die über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft **vertretbares Maß hinausgehen**.

Damit ist auch der Straftatbestand des § 5 AMG verwirklicht, so dass durch die Impfung, insbesondere durch die **Fortsetzung der Impfung** alle impfenden Ärzte den Straftatbestand verwirklichen und sich hierdurch strafbar machen. Daher kommt auch für sie eine Geldstrafe oder – je nach Ausmaß der Impfung und der Schädigung der geimpften Personen – auch eine Freiheitsstrafe in Betracht.

7.2 Mittäterschaft, Anstiftung und Beihilfe durch Richter, Eltern und andere

Nach den allgemeinen Regelungen des Strafrechts machen sich nicht nur impfende Ärzte selbst nach § 95 Abs. 1 Nr. 1 AMG strafbar. Auch alle Personen, die an einer Impfung mitwirken, machen sich nach den allgemeinen Regelungen der Mittäterschaft, der Anstiftung oder der Beihilfe strafbar. Dies bedeutet:

- **Eltern, Pflegeeltern und Betreuer**, die die Impfung eines minderjährigen Kindes durchsetzen wollen, machen sich strafbar,
- **Anwälte,** die das Impfbegehren für ein Elternteil oder ein Kind durchsetzen, machen sich strafbar,
- **Richter**, die dem impfwilligen Elternteil die Entscheidung über die Impfung des Kindes überlassen oder diese gar durch eigene Zustimmung ersetzen, machen sich strafbar,
- **Verfahrensbeistände**, die in familienrechtlichen Verfahren eine Impfempfehlung abgeben, machen sich strafbar,

- **Arbeitgeber**, die von ihren Mitarbeitern unter Ankündigung der Kündigung oder der Freistellung ohne Lohnfortzahlung die Impfung verlangen, machen sich strafbar,
- **Ärzte, Kliniken und Gesundheitspersonal**, welche die Behandlung von Patienten oder Besuche, Betreuung oder Begleitung dieser Patienten durch Dritte aufgrund fehlender Impfung des Patienten oder der Dritten verweigern, machen sich strafbar,
- **Betreiber und Personal von Alten- und Pflegeheimen, Behindertenheimen, Kinderheimen und ähnlichen Institutionen** welche die Behandlung von Bewohnern oder Besuche, Betreuung oder Begleitung dieser Bewohner durch Dritte aufgrund fehlender Impfung der Bewohner oder der Dritten verweigern, machen sich strafbar.

- ➢ **Die Impfung mit Comirnaty ist eine Straftat!**
- ➢ **Dasselbe gilt auch für die Impfung mit Spikevax von Moderna!**

8. Die Impfung ist verboten bei Allergien gegen Inhaltsstoffe

Im Übrigen ist die Impfung auch aus dem folgenden weiteren Grund verboten: Nach der Produktinformation und der Packungsbeilage des Impfstoffs Comirnaty darf dieser nicht angewendet werden bei Allergien gegen einen der Bestandteile. So heißt es unter anderem in der Gebrauchsinformation für Anwender (also für die impfenden Ärzte) zu Comirnaty ausdrücklich:

> ***Was sollten Sie beachten, bevor Sie Comirnaty erhalten?***
>
> *Comirnaty darf nicht angewendet werden, wenn Sie allergisch gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6 genannten sonstigen Bestandteile dieses Arzneimittels sind.*

Beweis: Produktinformation Comirnaty, S. 94

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_de.pdf

8.1 Jede Person muss vor der Impfung untersucht und getestet werden

Es sind daher zunächst zwingend Allergien gegen den Impfstoff – und damit etwaige Kontraindikationen - auszuschließen. Vor einer Impfung mit Comirnaty müssen somit zwingend folgende Schritte durchgeführt werden:

1. Die zu impfende Person ist vor der Impfung gegen Corona einer **fachärztlich-allergologischen Untersuchung** auf alle Bestandteile des Impfstoffs Comirnaty zu unterziehen.
2. Der untersuchende Facharzt ist zur **Ausstellung** einer sogenannten **Impf-Fähigkeitsbescheinigung** der untersuchten Person bezüglich sämtlicher Bestandteile des Impfstoffs Comirnaty **verpflichtet**.
3. Dasselbe gilt für den Impfstoff Spikevax mit **Moderna**.

8.2 Vorläufige Impfunfähigkeit

Bis dahin ist eine vorläufige **Impfunfähigkeit** aller zu impfenden Personen **anzunehmen.** Denn es kann **nicht ausgeschlossen** werden, dass die Personen gegen einen der beiden - nicht zugelassenen, nicht auf Toxizität und nicht auf allergieauslösende Wirkungen geprüften – Bestandteile ALC 0315 und ALC 0159 **allergisch reagieren** werden.

Sowohl die Sicherheitsberichte des Paul-Ehrlich-Instituts als auch die sogenannten „Rote-Hand-Briefe“ der Hersteller belegen eine **Vielzahl anaphylaktischer Reaktionen**.

Beweis: Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Instituts vom 23.12.2021, S. 21

https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-20-bis-30-11-21.pdf

Eine anaphylaktische Reaktion kann durchaus auch **tödlich enden**.

8.3 Ärztliche Bestätigung der Impffähigkeit erforderlich

Daher ist die **Impffähigkeit** der Person zwingend von einem **Allergologen** festzustellen, der diese beiden Bestandteile ALC 0315 und ALC 0159, sowie alle weiteren Bestandteile des Impfstoffs konkret bei der zu impfenden Person auf mögliche allergische Reaktionen zu prüfen hat.

Der Allergologe hat sodann nach dieser individuellen und persönlichen Untersuchung den von ihm nachgewiesenen Ausschluss allergischer Reaktionen auf jeden einzelnen Bestandteil des Impfstoffs Comirnaty **ärztlich in Form eines Gesundheitszeugnisses nach § 278 Strafgesetzbuch zu bescheinigen**.

Liegt eine solche ärztliche Bescheinigung der Impffähigkeit nicht vor, ist angesichts des Fehlens jedweder Nachweise der Geeignetheit, der Qualität und der Sicherheit der beiden Bestandteile ALC 0315 und ALC 0159 sowie des Impfstoffs insgesamt durch Biontech zwingend von einer **Impfunfähigkeit** der Person wegen der Gefahr einer allergischen Reaktion gegen die Inhaltsstoffe von Comirnaty auszugehen.

Wer eine Person und erst recht ein minderjähriges Kind diesen Gefahren aussetzt, handelt im Hinblick auf einen eventuellen Gesundheitsschaden oder gar den Tod dieses Menschen **vorsätzlich**.

9. Zusammenfassung

1. Ein Stoff darf zur Herstellung eines Arzneimittels nur verwendet werden, wenn die beabsichtigte Verwendung entweder gemäß dem deutschen oder europäischen Arzneibuch in einer Monographie beschrieben ist, oder aber umfangreiche zusätzliche Untersuchungen, u.a. Toxizitätsstudien und klinische Studien für die neuen Hilfsstoffe vorgelegt werden.
2. Denn Sinn und Zweck aller deutschen und europäischen Arzneimittelvorschriften ist der Schutz der Menschen durch entsprechende Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit der Arzneimittel.
3. Die EMA hat Biontech – insbesondere bezüglich der beiden Lipid-Nanopartikel ALC 0315 und ALC 0159 – daher zu besonderen Auflagen verpflichtet, da es sich hierbei um neuartige Hilfsstoffe des Impfstoffs Comirnaty handelt, die erstmalig und in einer neuartigen Art und Weise beim Menschen zum Einsatz gelangen.
4. Die entsprechenden besonderen Auflagen der EMA (specific obligations SO2, SO4, SO5) für diese neuartigen Hilfsmittel waren durch Biontech bis Juli 2021 zu erfüllen.
5. Sowohl aus dem EMA-Bericht über die Verlängerung der bedingten Zulassung vom Oktober 2021 als auch aus dem Sicherheitsdatenblatt von Pfizer für Comirnaty vom 7.12.2021 ergibt sich jedoch, dass diese Auflagen nicht erfüllt wurden und die erforderlichen Unterlagen **nicht vorliegen**. Es heißt dort „**No data available**“ – „keine Daten verfügbar“.
6. Dies ist ein **Verstoß gegen** die Grundsätze der Guten Herstellungspraxis und damit zugleich ein Verstoß gegen die **anerkannten pharmazeutischen Regeln** im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 AMG. Danach ist es verboten, Arzneimittel, die „durch Abweichung von den anerkannten pharmazeutischen Regeln in ihrer Qualität nicht unerheblich gemindert sind“, in Verkehr zu bringen.

7. Die **Qualität** ist schon alleine dadurch **gemindert**, dass zwei wesentliche Bestandteile der in Comirnaty enthaltenen Inhaltsstoffe **nicht zur Anwendung am oder im Menschen vorgesehen** sind und damit als „**neuartige Hilfsstoffe**" gelten, für die besondere Dokumente und Nachweise vorzulegen sind.
8. Darüber hinaus werden bereits in den Zulassungsunterlagen der **EMA lipid-bezogene Verunreinigungen** des Impfstoffs dokumentiert. Diese Verunreinigungen dürften sich angesichts weiterer Informationen über die Reduzierung der Filtervorgänge des Hilfsstoffs Nano-Lipid ALC-0315 sogar noch erhöht haben. Mit der Reduzierung der Filtervorgänge würde der Zulassungsinhaber damit auch gegen die Auflagen S02, SO4 und SO5 der EMA im Zulassungsbescheid verstoßen.
9. Schließlich zeigt der **Impfstoff** ausweislich der Sicherheitsberichte des Paul-Ehrlich-Instituts eine erschreckende **Vielzahl** schädlicher **Nebenwirkungen**, die über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft „vertretbares Maß" weit hinausgehen.
10. Aufgrund dieser Tatsache liegt darüber hinaus ein Verstoß gegen § 5 Abs. 1 AMG vor, nämlich ein Verstoß gegen das Verbot des Inverkehrbringens und der Anwendung bedenklicher Arzneimittel. Damit unterliegen nicht nur die Hersteller, sondern auch die **impfenden Ärzte**, sowie alle für eine Impfung mit Comirnaty verantwortlichen Personen, den Regelungen des Arzneimittelgesetzes.
11. Verstöße gegen § 8 AMG und § 5 AMG sind gemäß § 95 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 3a AMG als **Straftatbestand** klassifiziert und mit einem Strafmaß von bis zu 3 Jahren Gefängnisstrafe belegt. Auch die **fahrlässige** Begehung ist strafbar, § 95 Abs. 4 AMG.
12. Ein **besonders schwerer Fall** dieser Straftat mit **Freiheitsstrafe bis zu 10 Jahren** liegt vor, wenn ein anderer der Gefahr des Todes oder einer schweren Schädigung an Körper oder Gesundheit ausgesetzt wird, § 95 Abs. 3 Nr. 2 AMG. Der besonders schwere Fall ist vorliegend durch die Herstellung, Verbreitung und Anwendung des Impfstoffs Comirnaty entgegen der Verbote der §§ 5 und 8 AMG **vorsätzlich verwirklicht**.
13. Darüber hinaus darf eine Impfung bei **Allergien** gegen einen Bestandteil des Impfstoffs nicht erfolgen. Daher sind alle zu impfenden Personen vorab auf eine mögliche Allergie gegen einen der Bestandteile zu testen, um eine etwaige **Kontraindikation** gegen die Impfung auszuschließen.
14. Daher darf eine Person erst dann geimpft werden, wenn bei ihr jeder einzelne Bestandteil des Impfstoffs auf Verträglichkeit allergologisch getestet wurde und

die Verträglichkeit auf alle Bestandteile des Impfstoffs Comirnaty ärztlich bestätigt wurde.

15. Bis dahin ist die Impfung mit dem Impfstoff Comirnaty wegen der Möglichkeit einer schweren Gesundheitsgefährdung untersagt.

16. Eine Zuwiderhandlung verstößt nicht nur gegen die genannten Vorschriften des Arzneimittelgesetzes, sondern darüber hinaus gegen weitere Grundsätze des allgemeinen Strafrechts.

17. **Sämtliche Ausführungen gelten auch für den Impfstoff Spikevax von MODERNA!**

Heidelberg, den 27. Dezember 2021

B. Bahner

Beate Bahner
fachanwältin für medizinrecht
mediatorin im gesundheitswesen

Die Menschen glauben viel leichter eine Lüge,
die sie schon hundertmal gehört haben,
als eine Wahrheit, die ihnen völlig neu ist.

Alfred Polgar, Schriftsteller der Wiener Moderne, Jüdischer Exilant

10. Rechtsgrundlagen, Zulassungsdokumente und weitere Literatur

10.1 Rechtsgrundlagen

AMG: Arzneimittelgesetz (Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln)

https://www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/AMG.pdf

AMWHV: Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung

https://www.gesetze-im-internet.de/amwhv/AMWHV.pdf

RL 2001/83/EG: Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel

https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32001L0083

RL 2003/94/EG: Richtlinie 2003/94/EG der Kommission vom 8. Oktober 2003 zur Festlegung der Grundsätze und Leitlinien der Guten Herstellungspraxis für Humanarzneimittel und für zur Anwendung beim Menschen bestimmte Prüfpräparate

https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32003L0094

EG-VO Nr. 1272/2008: Verordnung (EG) Nr. 1272/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 2008 über die Einstufung, Kennzeichnung und Verpackung von Stoffen und Gemischen, zur Änderung und Aufhebung der Richtlinien 67/548/EWG und 1999/45/EG und zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1907/2006

https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32008R1272&from=DE

EU-GMP-Leitfaden: Leitfaden der Guten Herstellungspraxis Teil I - Arzneimittel

https://www.gmp-navigator.com/files/guidemgr/01_0_GMP-Leitfaden_Teil%201%20Arzneimittel_Jan2015.pdf

Deklaration von Helsinki: Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen WMA

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Helsinki_2013_20190905.pdf

Musterberufsordnung Ärzte

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Recht/_Bek_BAEK_MBO-AE_Online_final.pdf

10.2 Zulassungsunterlagen für den Impfstoff Comirnaty von Biontech

Produktinformation zu Comirnaty: Anhang I Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (deutsch, 114 Seiten) – ohne Datumsangabe

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_de.pdf

EMA Assessment Report (Bewertungsbericht) der European Medicine Agency (EMA) EMA/707383/2020 Corr.1* vom 19.2.2021 (englisch 140 Seiten)

https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf

EMA Assessment report on the annual renewal oft the conditional marketing authorisation – Comirnaty – EMEA/H/C/005735/R/0046 (Bewertungsbericht über die jährliche Erneuerung der bedingten Zulassung) Stand Okt. 2021 (englisch 43 Seiten)

https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/comirnaty-h-c-5735-r-0046-epar-assessment-report-renewal_en.pdf

Safety Data Sheet (Sicherheitsdatenblatt) von Pfizer vom 7.12.2021

https://safetydatasheets.pfizer.com/DirectDocumentDownloader/Document

10.3 Weitere Literatur

Sicherheitsbericht Paul-Ehrlich-Institut vom 4.2.2021 über „Verdachtsfälle von Nebenwirkungen und Impfkomplikationen nach Impfung zum Schutz vor COVID-19 (Berichtszeitraum 27.12. bis 31.01.2021)"

https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-bis-31-01-21.pdf

Sicherheitsbericht Paul-Ehrlich-Institut vom 23.12.2021 über „Verdachtsfälle von Nebenwirkungen und Impfkomplikationen nach Impfung zum Schutz vor COVID-19 seit Beginn der Impfkampagne am 27.12.2020 bis zum 30.11.2021"

https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-20-bis-30-11-21.pdf

Studie von Ndeupen, Quin et al vom 17.12.2021 „The mRNA-LNP platform's lipid nanoparticle component used in preclinical vaccine studies is highly inflammatory"

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589004221014504

Buch von Beate Bahner: Corona-Impfung – Was Ärzte und Patienten unbedingt wissen sollten, Erscheinungsdatum 21.9.2021 (als Paperback, als Hörbuch und **kostenlos als eBook** erhältlich)

https://www.buchkomplizen.de/index.php?lang=0&cl=search&searchparam=Beate+bahner

10.4 Der Nürnberger Kodex von 1947

1. Die freiwillige Zustimmung der Versuchsperson ist unbedingt erforderlich. Das heißt, dass die betreffende Person im juristischen Sinne fähig sein muss, ihre Einwilligung zu geben; dass sie in der Lage sein muss, unbeeinflusst durch Gewalt, Betrug, List, Druck, Vortäuschung oder irgendeine andere Form der Überredung oder des Zwanges, von ihrem Urteilsvermögen Gebrauch zu machen; dass sie das betreffende Gebiet in seinen Einzelheiten hinreichend kennen und verstehen muss, um eine verständige und informierte Entscheidung treffen zu können. Diese letzte Bedingung macht es notwendig, dass der Versuchsperson vor der Einholung ihrer Zustimmung das Wesen, die Länge und der Zweck des Versuches klargemacht werden; sowie die Methode und die Mittel, welche angewendet werden sollen, alle Unannehmlichkeiten und Gefahren, welche mit Fug zu erwarten sind, und die Folgen für ihre Gesundheit oder ihre Person, welche sich aus der Teilnahme ergeben mögen. Die Pflicht und Verantwortlichkeit, den Wert der Zustimmung festzustellen, obliegt jedem, der den Versuch anordnet, leitet oder ihn durchführt. Dies ist eine persönliche Pflicht und Verantwortlichkeit, welche nicht straflos an andere weitergegeben werden kann.

2. Der Versuch muss so gestaltet sein, dass fruchtbare Ergebnisse für das Wohl der Gesellschaft zu erwarten sind, welche nicht durch andere Forschungsmittel oder Methoden zu erlangen sind. Er darf seiner Natur nach nicht willkürlich oder überflüssig sein.

3. Der Versuch ist so zu planen und auf Ergebnissen von Tierversuchen und naturkundlichem Wissen über die Krankheit oder das Forschungsproblem aufzubauen, dass die zu erwartenden Ergebnisse die Durchführung des Versuchs rechtfertigen werden.

4. Der Versuch ist so auszuführen, dass alles unnötige körperliche und seelische Leiden und Schädigungen vermieden werden.

5. Kein Versuch darf durchgeführt werden, wenn von vornherein mit Fug angenommen werden kann, dass es zum Tod oder einem dauernden Schaden führen wird, höchstens jene Versuche ausgenommen, bei welchen der Versuchsleiter gleichzeitig als Versuchsperson dient.

6. Die Gefährdung darf niemals über jene Grenzen hinausgehen, die durch die humanitäre Bedeutung des zu lösenden Problems vorgegeben sind.

7. Es ist für ausreichende Vorbereitung und geeignete Vorrichtungen Sorge zu tragen, um die Versuchsperson auch vor der geringsten Möglichkeit von Verletzung, bleibendem Schaden oder Tod zu schützen.

8. Der Versuch darf nur von wissenschaftlich qualifizierten Personen durchgeführt werden. Größte Geschicklichkeit und Vorsicht sind auf allen Stufen des Versuchs von denjenigen zu verlangen, die den Versuch leiten oder durchführen.

9. Während des Versuches muss der Versuchsperson freigestellt bleiben, den Versuch zu beenden, wenn sie körperlich oder psychisch einen Punkt erreicht hat, an dem ihr seine Fortsetzung unmöglich erscheint.

10. Im Verlauf des Versuchs muss der Versuchsleiter jederzeit darauf vorbereitet sein, den Versuch abzubrechen, wenn er auf Grund des von ihm verlangten guten Glaubens, seiner besonderen Erfahrung und seines sorgfältigen Urteils vermuten muss, dass eine Fortsetzung des Versuches eine Verletzung, eine bleibende Schädigung oder den Tod der Versuchsperson zur Folge haben könnte.



Bei Sauerstoffanschluss 50.000 Euro. Wie deutsche Klinken in der Pandemie Kasse machten.

NachDenkSeiten

14. März 2022 um 9:20Ein Artikel von Ralf Wurzbacher

Für Deutschlands Klinikchefs war 2020 ein „goldenes Jahr der Krankenhausfinanzierung". Nie davor gab es weniger zu tun und zugleich so viel zu „verdienen". Die Bilanzen hat vor allem die Bundesregierung aufgemöbelt: mit großzügigen Prämien zum Bettenaufbau und Freihaltepauschalen. Von insgesamt über elf Milliarden Euro könnten allerdings große Teile widerrechtlich geflossen sein – als Förderung ohne Gegenleistung oder monetärer Anreiz zum Aufblähen der Auslastungsdaten. Gegen zwei Einrichtungen im Saarland setzte es jetzt eine Strafanzeige und auch andernorts treten die Gerichte in Aktion. Die Verantwortlichen waschen ihre Hände in Unschuld und Ex-Gesundheitsminister Spahn versprach: Bei der nächsten Pandemie wird's besser. Von **Ralf Wurzbacher**.

Dieser Beitrag ist auch als Audio-Podcast verfügbar.

Vom Zauber deutscher Intensivbetten in Pandemiezeiten durften sich zwar die Leser der NachDenkSeiten entzücken lassen (u. a. hier). Den großen Rest hiesiger Presseerzeugnisse ließ das Mysterium aber ziemlich kalt. Dabei hätte das Publikum reichlich zu staunen. Darüber, dass in den zurückliegenden zwei Jahren Notfallbehandlungsplätze in Krankenhäusern der BRD quasi aus dem Nichts und gleich zu Tausenden das Licht der Welt erblickten, während sie sich ein andermal in großer Zahl und über Nacht auf Nimmerwiedersehen von dannen machten.

Aber hier endet die Magie nicht. Tatsächlich vollzog sich das große Kommen und Gehen wider alle Erfordernisse: Als die Not vergleichsweise klein war, etwa im Frühsommer 2020, tummelten sich in den Kliniken Betten in nie dagewesener Menge. War hingegen Gefahr im Verzug, wie in der folgenden Herbst- und Winterwelle, nahmen sie flugs in Massen Reißaus. Das freilich war eine böse Schelmerei, weil mit ihrem Verschwinden der Grad der

öffentlichen Erregung, Besorgnis und Angst vor einer „Überlastung des Gesundheitssystems" immer größer wurde. Fast hat es den Anschein, als neigten Intensivbetten zur Heimtücke.

Bundesrechnungshof wittert Bereicherung

Der Bundesrechnungshof (BRH) tischte vor neun Monaten eine profanere Erklärung für die Vorgänge auf. In einem Schreiben des Robert Koch-Instituts (RKI) an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vom 11. Januar 2021, das die Behörde öffentlich machte, soll geschrieben stehen: „Die aktuellen Ausgleichszahlungen seit Mitte November haben monetäre Anreize für eine veränderte Eingabe der Bettenkapazitäten geschaffen." Dabei hätten Kliniken „zum Teil weniger intensivmedizinische Behandlungsplätze" gemeldet, „als tatsächlich vorhanden waren". Im dazu vorgelegten BRH-Bericht vom 9. Juni liest man: „Dadurch könnten Kapazitätsengpässe abgebildet worden sein, „die in diesem Maße nicht existierten." Die Finanzprüfer rieten deshalb „bei einer weiteren Verlängerung der Zahlung von Ausgleichspauschalen zu Kennzahlen (…), die Fehlanreizen und Mitnahmeeffekten entgegenwirken".

Das, was seinerzeit unter dem Namen DIVI-Gate für ein eher laues Rauschen im Blätterwald sorgte und mit dem Zutun eifriger „Faktenchecker" rasch wieder aus den Schlagzeilen verschwand, beschäftigt inzwischen die Justiz. Dieser Tage hat eine Gruppe aus Anwälten, Staatsanwälten sowie einem Richter Anzeige gegen zwei große deutsche Hospitäler im Saarland eingereicht, die mit offenbar falschen Zahlen zu ihrem Bettenbestand Fördergelder in Millionenhöhe erschlichen haben sollen. Der Fall zeige „schlaglichtartig, wie diese Institutionen auf strafrechtlich relevante Art und Weise von der Corona-Krise wirtschaftlich profitiert haben", zitierte die „Berliner Zeitung" die Beteiligten. Wie das Blatt am 8. März berichtete, hat die Staatsanwaltschaft Saarbrücken ein Ermittlungsverfahren „wegen des Verdachts des Betrugs eingeleitet, das sich gegen Unbekannt richtet".

Gerichte werden aktiv

Die Ermittler haben sich in einem Auskunftsersuchen an das saarländische Landesministerium für Soziales, Frauen und Familie gewandt. Aus der Antwort der Regierung auf eine Anfrage der LINKE-Abgeordneten im Landtag Astrid Schramm geht hervor, dass die beiden Kliniken finanzielle Kompensationen für frei gehaltene oder zusätzliche Krankenhausbetten in Höhe von 245 Millionen Euro bis Mitte 2021 erhalten haben. Ob und wie viel davon zu Unrecht eingestrichen wurde, muss nun geklärt werden. Nicht nur im Saarland ist die Justiz in der Angelegenheit aktiv. Ebenfalls wegen möglichem Subventionsbetrugs hat die Staatsanwaltschaft Braunschweig Anfang Februar ein Ermittlungsverfahren im Zusammenhang mit dem Asklepios-Klinikum Schildautal in Seesen im Harz eingeleitet. Auch dabei geht es um eventuell „zu Unrecht erhaltene Zahlungen für freigehaltene Corona-Betten".

Hinweise auf ähnliche Machenschaften finden sich mittlerweile zuhauf. Zum Beispiel gab Tagesschau.de Stefanie Stoff-Ahnis vom Vorstand des Spitzenverbands der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) damit wieder, in der ersten Welle wären „alle möglichen Kliniken" in den Genuss großer Summen als Freihaltepauschalen gekommen, „darunter auch solche spezialisierten Häuser wie reine Augenkliniken, die niemals einen Covid-Patienten behandelt hätten". Zu Wort kommt in dem Beitrag auch der Gesundheitssystemforscher Reinhard Busse von der Technischen Universität Berlin. Demnach habe ein Krankenhaus in Ostdeutschland die geplante Schließung um mehrere Monate verschoben, wobei die Pauschalen dabei vermutlich eine Rolle gespielt hätten.

Massig Zuschüsse, wenig Arbeit

Dazu passt eine Aussage des Vorstandsvorsitzenden der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Gerald Gaß, wonach die Zuwendungen tatsächlich sogar Klinikabwicklungen verhindert hätten. Allerdings wollte Gaß, als er dies im Sommer 2021 sagte, das nicht als Eingeständnis von Unregelmäßigkeiten verstanden wissen. „Wer heute behauptet, Krankenhäuser hätten sich ungerechtfertigt an Ausgleichszahlungen bereichert, nährt Falschbehauptungen." Gegen die Vorwürfe zur Wehr setzte sich seinerzeit auch die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Das von ihr gemeinsam mit dem RKI aufgebaute DIVI-Register habe „zur Bewertung der Lage in der Pandemie stets belastbare Zahlen geliefert".

Belastbare Zahlen? Bitteschön: Allein im Jahr eins der Pandemie haben die Kliniken weit über elf Milliarden Euro an staatlichen Kompensationen in Form von Zuschüssen zum vermeintlichen Aufbau von Betten sowie als Ersatzleistung für abgesagte oder aufgeschobene Operationen in Anspruch genommen. Das hat sich allemal gelohnt: Bei 13 Prozent weniger Behandlungsfällen verglichen mit 2019 bedeutete dies mehr Geld als jemals zuvor bei einem nie dagewesenen Minimum an Arbeit. Weil in der „größten Gesundheitskrise seit Menschengedenken" (EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides) merkwürdig wenig zu tun war, schickten die Kliniken ihre Beschäftigten nebenbei noch zu Zehntausenden in Kurzarbeit – und kassierten damit zusätzlich beim Staat ab.

„Goldenes Jahr der Krankenhausfinanzierung"

Der Referatsleiter Krankenhausvergütung beim GKV-Spitzenverband, Johannes Wolff, sprach daher sehr treffend von einem „goldenen Jahr der Krankenhausfinanzierung". Gegenüber 2019 hätten die Kliniken ein „Erlösplus von 14 Prozent erwirtschaftet", was „in Summe zusätzlich zwölf Milliarden Euro" seien, „und dies bei einer Belegung der Intensivbetten mit Covid-19-Patienten von im Jahresdurchschnitt vier Prozent." Wolff weiter: „Viele der Unterstützungsmaßnahmen für Krankenhäuser mögen effektiv gewesen sein, effizient waren sie nicht."

Vor allem drängt sich die Frage auf: Wenn Covid-19 gar nicht die Krankheitslast in die Hospitäler brachte, wie es die Mahner und Warner in Politik und Medien beschworen hatten, sondern im Gegenteil über weite Strecken des Jahres ein historischer Leerstand herrschte – wofür wurden die vielen Milliarden Euro an Corona-Hilfen dann überhaupt abgerufen? Erhellendes dazu befördert das Buch „Die Intensiv Mafia" des Journalisten Walter von Rossum und des Datenanalysten Tom Lausen zutage. Insbesondere das von Letzterem verfasste Kapitel zur „Buchhaltung des Bettenschwunds" liefert wichtige Informationen darüber, wie deutsche Klinikmanager mit freundlicher Unterstützung des Bundes ihre Bilanzen aufgemöbelt haben.

„Neue" alte Betten

Wie eingangs skizziert, hatten sich 2020 im Jahresverlauf mehrere Tausend Intensivbetten förmlich in Luft aufgelöst. Eigentlich hatte der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) einen massiven Ausbau der Kapazitäten auf bundesweit bis zu 40.000 versprochen, was aber zu keinem Zeitpunkt auch nur annähernd erreicht wurde. Dabei hatte er dafür im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) einen Mittelzufluss von 686 Millionen Euro bewilligt. Gemäß Paragraph 21, Absatz 5 winkten für „zusätzliche intensivmedizinische Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit durch Aufstellung von Betten (…) oder durch Einbeziehung von Betten aus anderen Stationen" pro Platz „50.000 Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds".

Hochgerechnet hätte dies 13.720 neue Intensivbetten entsprochen und tatsächlich wurden so viele Plätze auch beantragt. Aber irgendwie spiegelte sich das nicht im Gesamtbestand wider, den das DIVI-Register im April 2020 mit zirka 34.000 bezifferte. Dafür wurde fortan eine sogenannte Notfallreserve im Umfang von lange Zeit rund 10.000 Betten vermeldet. Von der aber anzunehmen ist, dass sie nur auf dem Papier existiert, allein deshalb, weil es an Personal fehlt, das sich um die Betten kümmern könnte. Gleichwohl hätten im Frühjahr knapp 14.000 neue Plätze entstehen müssen. Wie Lausen zeigt, ist auch das nur graue Theorie. Nach seiner Analyse sind in wohl beträchtlicher Zahl gar keine Behandlungsplätze neu dazugekommen, sondern existente als „neu" deklariert worden. Dabei dreht es sich im Kern um Betten – auch solche auf Normalstation – mit einem Sauerstoffanschluss.

Förderung ohne Gegenleistung?

Das heißt: Die zuständige Klinikleitung musste dafür keinen Cent an Investitionen tätigen. Denn dankenswerterweise hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bei den Verhandlungen zum Bettenförderprogramm zugesagt, auf eigene Rechnung 20.000 Beatmungsgeräte anzuschaffen und diese unentgeltlich zur Verfügung zu stellen. Ist das Vorgehen nur dreist oder können sich die Akteure juristisch in Sicherheit wiegen? Der Passus im Gesetz „durch Einbeziehung von Betten aus anderen Stationen" lässt jedenfalls einigen Interpretationsfreiraum. Vor dem Verwaltungsgericht Düsseldorf wurde ein Fall behandelt, bei dem es um drei schon bestehende Betten auf Intensivstation, allerdings ohne maschinelle Beatmungsmöglichkeit, ging. Laut Richterspruch hat die fragliche Klinik die Bonuszahlungen von 150.000 Euro rechtswidrig bezogen. Das Urteil liest sich jedoch so, dass für Covid-19-Patienten umfunktionierte Betten auf Normalstation durchaus förderfähig sind.

Lausen stellt deshalb die Frage: „Hat Jens Spahn sich vielleicht über den Tisch ziehen lassen oder war es von vornherein Absicht, dass dieses Gesetz am Ende Bonuszahlungen für ‚Sauerstoffanschlüsse mit daneben stehenden Betten' plus geschenktes Beatmungsgerät zuließ?" So oder so wurde hier ein Einfallstor für eine mutmaßlich großangelegte Plünderung der Staatskasse aufgestoßen und man kann nur hoffen, dass die Fälle vor Gericht zugunsten der vielleicht um Unsummen erleichterten Steuerzahler entschieden werden. Dabei gehören weitere Fehlleistungen aufgearbeitet. So sahen die gesetzlichen Regelungen weder eine Verpflichtung vor, die Bonuszahlungen an die Bereitstellung zusätzlichen Pflegepersonals zu koppeln, noch gab es eine irgendwie geartete Festlegung, wie lange die fraglichen Behandlungsplätze vorzuhalten sind.

Kostspielige Illusion

Diese Unschärfen nutzen die Klinikmanager gerne aus: Nicht nur unternahmen sie nichts, die Pflegeengpässe zu beheben. Auch machten sich die „neuen" Betten so fix aus dem Staub, wie sie aufgetaucht waren – zumal sie ja wegen der wider Erwarten nicht in Massen auflaufenden Corona-Patienten gar nicht gebraucht wurden. Lausen beruft sich gar auf Einschätzungen aus Fachkreisen, „dass 2020 in Deutschlands Kliniklandschaft kein einziges neues Bett, geschweige denn ein neuer Krankenhaustrakt entstanden sei". Stimmt das, wurde für ein große Illusion säckeweise Geld verpulvert, wobei das in den Worten des Informatikers nur ein „Millionen-Vorspiel" zu dem folgenden „Milliarden-Betrug" war. Dieser erfolgte indes unter gegensätzlichen Voraussetzungen. Im Herbst und Winter 2020 waren Intensivbetten plötzlich Mangelware, nachdem mal eben rund 7.000, wenngleich nur vom Papier getilgt, verlustig gegangen waren. Zugleich war der Druck der zweiten Corona-Welle ungleich stärker als in der Frühjahrswelle, was die Sorgen vor einem nahenden „Klinikkollaps" befeuerte.

Aber auch diese Gemengelage war das Werk von Spahns „Förderpolitik“. Am 18. November 2020 trat ein neuer Passus im KHG zu Ausgleichszahlungen für Kliniken aufgrund von Sonderbelastungen durch die Pandemie in Kraft. Übers ganze Jahr 2020 wurden entsprechende Freihaltepauschalen im Umfang von 10,2 Milliarden Euro ausgeschüttet. Nach dem veränderten Modus sollten allerdings nur mehr solchen Einrichtungen, deren Intensivstationen zu mindestens 75 Prozent ausgelastet sind, Kompensationen zustehen. Plötzlich war es von geldwertem Vorteil, über wenige Betten zu verfügen, woraufhin nicht wenige Kliniken ihre Bestände künstlich und radikal einkürzten, um damit die Auslastung nach oben zu treiben. Die von Lausen präsentierten Schaubilder zu einer Vielzahl an Krankenhäusern zeigen eindrücklich, wie sich die Kennziffern zu Bettenbestand und Auslastung der Intensivstationen im Gefolge der Gesetzesänderungen rasant und signifikant verschoben haben, was nur einen Schluss zulässt: Hier wurde vorsätzlich und systematisch manipuliert.

RKI-Chef sprachlos

Genauso sehen dies auch die Antragsteller der Strafanzeige gegen die beiden saarländischen Kliniken. „Von einem auf den anderen Tag wurden in Deutschland Tausende von Intensivbetten abgeschafft. Nur mit dieser Reduzierung der Zahl der gemeldeten Intensivbetten wurden die Förderbedingungen erfüllt.“ Die Juristen gehen von einem Betrug beträchtlicher Dimension aus. „Der Sachverhalt sollte öffentlich gemacht werden, handelt es sich bei den hier involvierten Kliniken doch nur um zwei von circa 100 Kliniken, die gleichartig vorgegangen sind.“ Nach Lausens Recherchen haben sogar rund 25 Prozent aller Kliniken in Deutschland ihre Daten entsprechend frisiert – das wären mehrere Hundert.

Die politisch Verantwortlichen und die zuständigen Behörden haben bis dato nichts zur Aufklärung der Vorwürfe beigetragen. Von Spahn ist folgender Satz zur Rechtfertigung möglicher Fehler überliefert: „Das können wir alles bei der nächsten Pandemie berücksichtigen, wenn man nicht unter Zeitdruck schnell handeln muss, um Menschenleben zu retten.“ Auf besagtes Schreiben aus eigenem Haus an das BMG angesprochen, beschied damals der RKI-Präsident, dieses nicht zu kennen und deshalb „nicht sprechfähig“ zu sein. Das letzte Wort gebührt daher dem Juristenteam: „Nur in einem Zusammenwirken mit DIVI, RKI und BMG ist die Mittelvergabe, praktisch auf Zuruf der Kliniken, zu verstehen.“ Hier sei „sehenden Auges die Möglichkeit betrügerischen Verhaltens der Kliniken in Kauf genommen worden“.

Titelbild: Hparatlala / Shutterstock

- Leerseite -



INFOBRIEF-DIREKT

11.21 Ihr Vorstand 25.03.2021

Aktuelle Informationen Nr. 36 zum Coronavirus SARS-CoV-2

Informationen übers Impfen gegen Covid-19

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

die Corona-Schutzimpfung ebnet uns allen den Weg aus der Pandemie. Das Ziel der Bundesregierung steht: Jede und jeder Impfwillige soll bis Ende September eine Erstimpfung erhalten. Je mehr Menschen geimpft werden, desto weniger Wirte findet das Virus und umso schwerer sind die Bedingungen für die Ausbreitung des Virus.

Inzwischen werden allen Praxen sukzessive Impfangebote gemacht. Dies gilt nicht nur für Sie, sondern insbesondere auch für Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Nachdem die Impfungen mit AstraZeneca wieder aufgenommen worden sind, weil die WHO und die europäische Arzneimittelkommission eine klare Aussage zur weiteren Verwendung von AstraZeneca gemacht haben, möchten wir Ihnen Hinweise auf seriöse Informationen zur Wirksamkeit und Sicherheit dieses Impfstoffes geben.

Sehenswert: Wie sicher ist AstraZeneca?
Die Wirtschaftsjournalistin, Autorin und Youtuberin Dr. Mai Thi Nguyen-Kim hat auf ihrem Youtube-Channel Informationen über den Impfstopf AstraZeneca verständlich aufbereitet:
https://www.youtube.com/watch?v=oBLQmE-nG60

Weiterhin gilt: Mitmachen und sich und andere schützen!
Angefangen bei der AHA-Formel über die Corona-Warn-App bis hin zu Mitmach-Kampagnen: Hier finden Sie nützliche Informationen.

Das sind die wichtigsten Anlaufstellen:

- Aktuelle Informationen des Bundes- und Landesgesundheitsministeriums: www.corona-schutzimpfung.de und https://www.land.nrw/corona
- Bei Fragen rund um den Corona-Test gehen Sie auf: www.116117.de oder rufen Sie an: 116 117
- Informationen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): www.infektionsschutz.de/coronavirus

Bleiben Sie gesund und informieren Sie Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Mit kollegialen Grüßen

Ihr Vorstand der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

V.i.S.d.P.: Jost Rieckesmann, Präsident der ZÄKWL · Auf der Horst 29 · 48147 Münster · www.zahnaerzte-wl.de · zaekwl@zahnaerzte-wl.de



INFOBRIEF-DIREKT

12.21 | Ihre Vorstände | 26.03.2021

Aktuelle Informationen Nr. 37 zum Coronavirus SARS-CoV-2

Ergänzende Hinweise zur Teststrukturverordnung

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir hatten Ihnen mitgeteilt, dass in NRW seit kurzem die Möglichkeit für (Zahn)Ärzte und Apotheken besteht, nach Beauftragung durch das Gesundheitsamt Testungen asymptomatischer Personen in ihren Praxen anzubieten und durchzuführen.

Informationen zur Einhaltung gewisser Mindeststandards bezüglich anzubietender Wochenstunden und räumlicher Trennung vom Praxisbetrieb erfragen Sie bitte bei Ihrem örtlichen Gesundheitsamt.

Es folgen ergänzende Hinweise zur Abrechnung:

- Bezuschussung der Ersteinrichtung einmalig € 1000,- durch das **Gesundheitsamt** sowie
- € 1000,- je lfd. Monat Betrieb, Bezuschussung ebenfalls durch das **Gesundheitsamt**, für Bereitstellung von mind. 20 Std.je Woche, getrennt von Praxisbetrieb.
- Sachkostenersatz ab 1. April von € 6,- je Test (€ 9,- bis 31.März) abzurechnen über die **KZVWL**
- Honorar von € 15,- je Test abzurechnen über die **KZVWL**
- **Für das Testen der eigenen Mitarbeiter können nach wie vor nur die Sachkosten (9 €/ 6 €) abgerechnet werden.**

Aufgrund zwischenzeitlich geschlossener Vereinbarung zwischen KZVWL und KVWL werden die Sachkosten und die Honorare je Test über die KZVWL und nicht über die KVWL abgerechnet.

Die Bezuschussungen der € 1000,- einmalig und € 1000,- je lfd. Monat erfolgen ausschließlich über das Gesundheitsamt.

Ihr Vorstand der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

Ihr Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

V.i.S.d.P.: Jost Rieckesmann, Präsident der ZÄKWL · Auf der Horst 29 · 48147 Münster · www.zahnaerzte-wl.de · zaekwl@zahnaerzte-wl.de

Immer mehr Ärzte steigen aus: Nur noch jede dritte Praxis bietet COVID-19-Impfungen an

24. Oktober 2021 aikos2309



Corona-Schutzimpfung: 37.000 von ehemals 70.000 beteiligten Arztpraxen sind mittlerweile aus der Kampagne ausgestiegen. Laut KBV liegt das wohl an der hohen Impfquote. Dabei stehen jetzt die sogenannten Booster-Spritzen an. Mehren sich auch Zweifel an Wirksamkeit und Sicherheit?

Impfen allein sei der Weg aus der Pandemie. Seit zehn Monaten berieseln Medien, Institutionen und Politik die Bevölkerung in Deutschland mit diesem Slogan. Begründet wird das mit einem angeblichen Konsens „der Wissenschaft" über eine gute Wirksamkeit und hohe Sicherheit der Vakzine.

Doch nicht nur manch ein Wissenschaftler sieht das anders. Auch immer mehr Ärzte scheinen an der Wirksamkeit und Sicherheit der vier bedingt zugelassenen Impfstoffe gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 zu zweifeln.

x

Während man sich in eine Tetanus- oder Grippeschutzimpfung bei fast jedem Arzt „abholen" kann, bietet aktuell nur noch jede dritte Praxis die Corona-Impfung an. Mehr als die Hälfte der anfangs beteiligten Haus- und Facharztpraxen sind inzwischen aus der Kampagne ausgestiegen.

Nur noch 33.000 von 100.000 Praxen impfen

Das teilte Roland Stahl, Sprecher der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), auf Anfrage der Autorin mit. Seinen Angaben zufolge gibt es bundesweit 55.000 Haus- und 45.000 Facharztpraxen, die zur Teilnahme an dem Impfmarathon aufgerufen waren. „Zu Hochzeiten der Impfkampagne im Sommer beteiligten sich über 70.000 Praxen daran", blickte Stahl zurück. Heute impften nur noch rund 33.000 Ärzte, der Rest habe sich aus dem Programm verabschiedet.

Das heißt: Seit Sommer sind rund 37.000 der ehemals über 70.000 Ärzte aus der Impfkampagne ausgestiegen, also über die Hälfte. KBV-Sprecher Stahl schiebt das auf die hohe Impfquote.

„Mittlerweile ist ein großer Teil der Bevölkerung vollständig geimpft, oder es fehlt ausschließlich noch die Zweitimpfung", sagte er. Wahrscheinlich hätten viele der Praxen ihre Patienten weitgehend durchgeimpft und deshalb mit dem Impfen aufgehört.

Hinzu kämen „einige wenige Ärzte", die bereits wegen „anfänglicher Lieferschwierigkeiten bei den Impfstoffen" im Frühjahr das Handtuch geworfen hätten, so Stahl. Erst etwa ab Juni, zu Beginn der Sommerferien, seien genügend Vakzine für alle verfügbar gewesen, merkte er an. Über genaue Zahlen verfüge die KBV hierzu aber nicht. (Israelische Studie hinterfragt die Wirksamkeit von COVID-19-Impfstoffen und zeigt einen erstaunlichen Grad an Schäden, die durch Impfstoffe verursacht werden)

Doppelt so viel Honorar wie für Grippe-Impfungen

Allerdings war die Zahl der impfenden Ärzte bereits im Sommer deutlich gesunken. Wie die *Welt* berichtet hatte, waren am 15. August bereits 23.000 Praxen ausgestiegen , also ein knappes Drittel der Beteiligten. Demnach gingen die Impfstoff-Bestellungen schon seit Juni zurück.

In Thüringen machten einem *MDR*-Bericht zufolge Mitte August sogar die Hälfte der Mediziner nicht mehr mit. Dies, so der Sender, liege vor allem daran, dass aus einer Ampulle mehrere Dosen gewonnen werden mussten. Das habe die Planung erschwert.

Ein weiterer Grund könnte auch das Honorar sein. Im osthessischen Fulda etwa beklagten einem Bericht zufolge jetzt mehrere Hausärzte, dass die Vergütung für das Spritzen gegen COVID-19 zu gering sei, obwohl diese mehr Bürokratie und Aufwand nach sich ziehe als etwa die Grippe-Schutzimpfung. Laut KBV bekommen sie pro „Piks" 20 Euro.

Für einen Hausbesuch gibt es 15 Euro pro Fachkraft obendrauf. Eine Impfberatung ohne Spritze bringt einen Zehner ein. Zum Vergleich: 9,43 Euro erhalten Ärzte für eine Impfung gegen die Grippe.(Geben Covid-„Impfstoffe" AIDS weiter? Die Funktionen des Immunsystems nimmt jede Woche um etwa 5 % bei Geimpften ab)

Ärzte beklagten kritische Datenlage und viele Nebenwirkungen

Tatsächlich aber gibt es Ärzte, die die Impfungen wegen erheblicher Sicherheitsbedenken gestoppt hatten. Ein Allgemeinmediziner aus dem nordrhein-westfälischen Bad Münstereifel erklärt beispielsweise auf seiner Webseite, dass man sich anfangs sehr um gewissenhafte Indikationsstellung nach individueller Risikoabwägung bemüht habe. Jedoch:

„Nach neuerlicher Durchsicht des bislang zur Verfügung stehenden Datenmaterials (…) und den unsererseits gewonnenen Erfahrungswerten haben wir uns (…) dazu entschlossen, die Impfkampagne in unserer Praxis vorläufig zu beenden."

Seinem Team erscheine „die Datenlage zu sämtlichen COVID-19-Impfstoffen wenig überzeugend". Der Arzt berichtete von „äußerst heterogenen bzw. unsystematischen Befunden" bei den Immunreaktionen, „die uns zum Teil verunsichern und sogar beängstigen". Nach über 600 durchgeführten Impfungen steige seine Praxis daher aus.

Von schwerwiegenden Nebenwirkungen hatte Mitte August ein Stuttgarter Arzt berichtet. In einer Erklärung an seine Patienten, die inzwischen von seiner Webseite genauso verschwunden ist wie überhaupt jeder Hinweis auf COVID-19-Impfungen, gab er an, „aus

medizinischen Gründen“ keine Impfungen mehr anzubieten.

Seiner Einschätzung nach haben die Vakzine wohl nur für besonders Vulnerable wie „schwer kranke oder alte Patienten“ einen Nutzen. Für alle anderen aber sei vermutlich die Erkrankung weniger gefährlich als die Impfung. In seiner Praxis zeigten die neuen Impfstoffe demnach

„ein Nebenwirkungsprofil, welches wir zu anderen Zeiten als Ärzte nicht toleriert hätten“.

Fast täglich habe der Arzt junge Patienten mit schweren Symptomen nach der Spritze gesehen wie Fieber, Schmerzen, Übelkeit, Hautausschläge, Lymphknotenschwellungen, Gefühlsstörungen und Autoimmunerkrankungen. Er habe auch Geimpfte deshalb in die Klinik einweisen müssen.(„Das Ding“ – Arzt behauptet im Biontech / Pfizer-Impfstoff eine Lebensform mit Kopf und Tentakeln gefunden zu haben (Video))

Nach dem Ausstieg: Schweigen Ärzte aus Angst vor Repressionen?

Auf den ersten Blick scheinen zweifelnde Ärzte rare Einzelfälle zu sein. Doch höchstwahrscheinlich gibt es eine durchaus relevante Dunkelziffer. Viele scheinen jedoch zu schweigen – offenbar auch aus Angst, wie die *Welt* Mitte September mutmaßte.

Demnach fürchten Mediziner wohl nicht nur einen medialen Shitstorm oder Kritik von Patienten, sondern zum Teil gar staatliche Repressionen. Unter anderem deshalb habe der Stuttgarter Arzt seine Mitteilung von der Webseite genommen, so die *Welt*.

Ganz unbegründet sind die Ängste wohl nicht. Anfang Oktober etwa berichtete eine Lokalzeitung über einen Allgemeinmediziner aus dem niedersächsischen Sulingen, der sich weigere, seine Patienten gegen COVID-19 zu impfen. Ihm seien die gesundheitlichen Risiken durch diese Vakzine zu hoch, begründete er seine Entscheidung gegenüber dem Blatt und berief sich auf „öffentlich zugängliche Quellen“. Er betonte auch, gegen andere Erkrankungen selbstverständlich zu impfen.

Rein rechtlich müsse zwar kein Arzt impfen, weil er einen freien Beruf ausübe, erklärte dazu Detlef Haffke, Sprecher der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KNV), der Zeitung.

Dann schränkte er allerdings ein: Mit „echten Impfverweigerern“ halte man dies aber anders. Haffke sagte demnach: „Handelt es sich tatsächlich um ideologische Impfverweigerer, sogenannte Corona-Leugner, kann dies berufsrechtliche Konsequenzen haben.“ Um diese kümmere sich die Ärztekammer Niedersachsen. Da kann man durchaus die Frage stellen: Welche Äußerungen machen einen Mediziner in den Augen der Kammern genau zu einem „Corona-Leugner“?

Kampagne fürs „Boostern“ läuft

Darüber hinaus stellt sich die Frage, warum Ärzte extra aus der Kampagne aussteigen sollten, wenn sie einen Großteil ihrer Patienten zweimal geimpft haben.
Laut Impfmonitoring des Robert Koch-Instituts (RKI) waren mit Datenstand vom 21. Oktober bundesweit 72,1 Prozent der 18- bis 59-Jährigen und 84,9 Prozent der Über-60-Jährigen doppelt geimpft, bei den Zwölf- bis 17-Jährigen waren es knapp 40 Prozent.

Die Impfquoten in den Bundesländern schwanken erheblich, bei den Erwachsen insgesamt etwa zwischen 65,4 Prozent in Sachsen und fast 90 Prozent in Bremen. Es sind also immer noch Millionen Menschen nicht geimpft.

Darüber hinaus dringen die Bundesregierung und diverse Leitmedien bereits auf die dritte, eine sogenannte Booster-Impfung. Anfang Oktober hatte die Ständige Impfkommission

(STIKO) am RKI diese Auffrischung für Menschen ab dem 70. Geburtstag empfohlen.

Die *Tagesschau* fragte sich jüngst, ob es damit zu langsam vorangehe. Dafür seien doch die Hausärzte nach Schließung vieler Impfzentren ganz besonders gefragt? Laut RKI wurden bis zum 21. Oktober bereits 1,43 Millionen Menschen in Deutschland zum dritten Mal geimpft.

Schutzwirkung lässt offenbar schnell nach

Und nicht zuletzt stellt möglicherweise manch ein Hausarzt auch die Wirksamkeit der COVID-19-Vakzine nicht ganz unbegründet in Frage. In seinem neuesten Wochenbericht zählte das RKI in den zurückliegenden vier Wochen zwischen dem 20. September und 17. Oktober in der Altersgruppe über 60 immerhin 57 Prozent der symptomatischen COVID-19-Fälle als sogenannte Impfdurchbrüche.

Das heißt: Die Zweitimpfung lag beim Positivtest mindestens 14 Tage zurück. Bei allen Erwachsenen zusammengenommen erfasste es knapp 41.000 von rund 107.000 Infektionsfällen, also 38 Prozent, als Impfdurchbruch.

Auch die Hospitalisierungen doppelt Geimpfter nahmen weiter zu. Bei den Über-60-Jährigen waren gut 42 Prozent der COVID-19 Patienten in Kliniken doppelt geimpft.

Bei allen Erwachsenen zusammen lag diese Quote bei etwas über 30 Prozent. Das heißt in Zahlen: Knapp 4.000 der COVID-19-Patienten in Krankenhäusern insgesamt waren nicht, nur einmal oder erst kürzlich zum zweiten Mal geimpft worden, rund 1.750 Patienten galten als „vollständig immunisiert". Im Vierwochen-Zeitraum davor, also von Mitte August bis Mitte September, gab das RKI die sogenannte Durchbruchsquote hier noch mit zwölf Prozent an.

40 Prozent der COVID-19-Toten der letzten vier Wochen waren „voll immunisiert"

Ein noch drastischeres Bild stellt das RKI bei den an oder mit COVID-19 Verstorbenen dar: Demnach starben in der Altersgruppe 60 plus 41,4 Prozent trotz „vollständigem Immunschutz" im Zusammenhang mit einem nachgewiesenen Coronavirus.

Insgesamt waren rund 40 Prozent der „Corona-Toten" zwischen Mitte September und Mitte Oktober komplett geimpft – in Zahlen: 332 Tote hatten laut RKI keinen oder einen noch unvollständigen Impfschutz, 216 Tote galten als Impfdurchbruch. In den vier Wochen davor zählte das Institut knapp 23 Prozent dieser Verstorbenen als Impfdurchbrüche. Demnach ist also anzunehmen, dass die Impfung nicht besonders lange vor schweren Verläufen schützt.

Erfahrungen mit mutmaßlichen Nebenwirkungen, schnell nachlassende Schutzwirkung: Das mag also, neben der Impfquote, der Bürokratie und Kritik an den Vergütungen, durchaus eine Rolle spielen für den Ausstieg aus der Impfkampagne von mehr als 50 Prozent der Arztpraxen.

…

*Am 28. April 2020 erschien „Der Hollywood-Code: Kult, Satanismus und Symbolik – Wie Filme und Stars die Menschheit manipulieren" (auch bei Amazon verfügbar), mit einem spannenden Kapitel: „**Die Rache der 12 Monkeys, Contagion und das Coronavirus, oder wie aus Fiktion Realität wird**".*

*Am 15. Dezember 2020 erschien „*Der Musik-Code: Frequenzen, Agenden und Geheimdienste: Zwischen Bewusstsein und Sex, Drugs & Mind Control*" (auch bei Amazon*

*verfügbar), mit einem spannenden Kapitel: „**Popstars als Elite-Marionetten im Dienste der Neuen Corona-Weltordnung**“.*

Am 10. Mai 2021 erschien „DUMBs: Geheime Bunker, unterirdische Städte und Experimente: Was die Eliten verheimlichen“ (auch bei Amazon verfügbar), mit einem spannenden Kapitel *„**Adrenochrom und befreite Kinder aus den DUMBs**“.*

Ein handsigniertes Buch erhalten Sie für Euro 30,- (alle drei Bücher für Euro 90,-) inkl. Versand bei Zusendung einer Bestellung an: info@pravda-tv.com.

Literatur:

Codex Humanus – Das Buch der Menschlichkeit

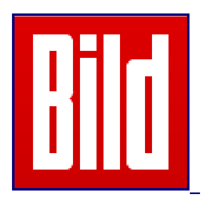
Weltverschwörung: Wer sind die wahren Herrscher der Erde?

Whistleblower

Quellen: PublicDomain/de.rt.com am 24.10.2021

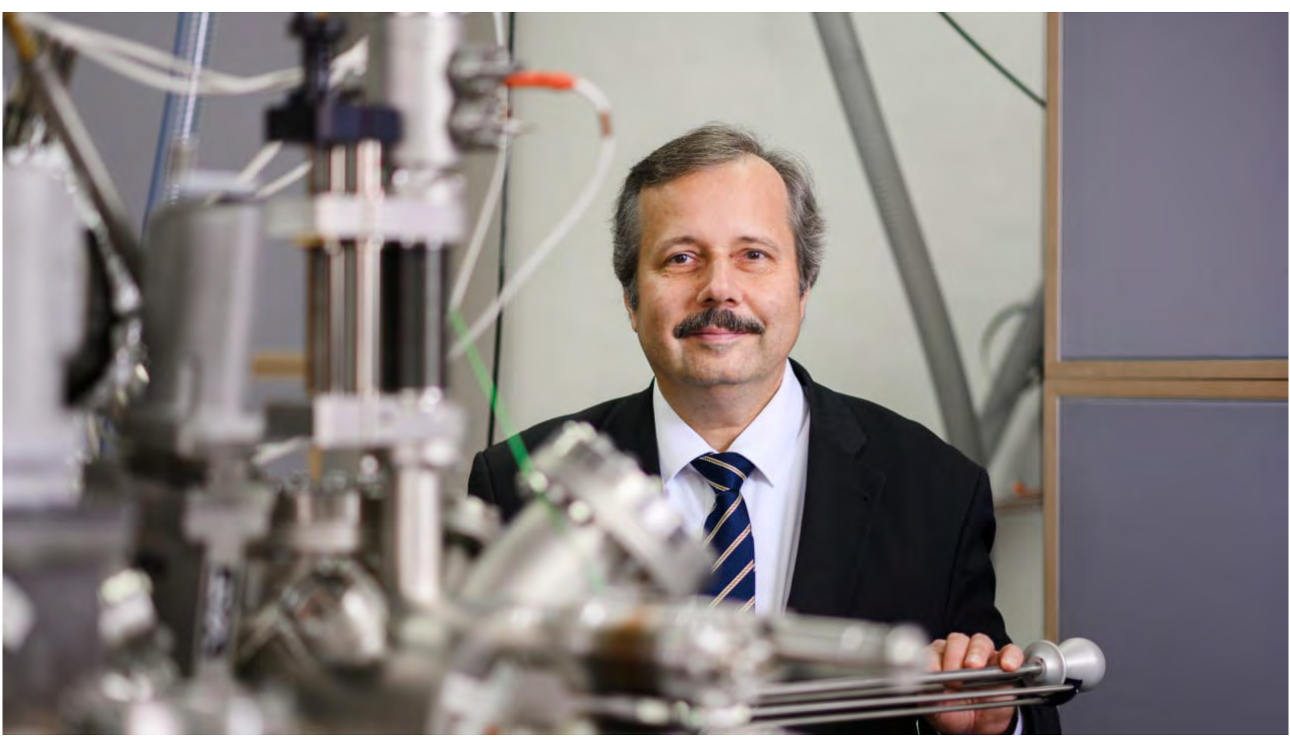
- Leerseite -

Anlage B321



1. Nach China-Labor-Studie - Wut-Welle gegen Hamburger Professor

CORONA-KRISE



Der Physiker Prof. Dr. Roland Wiesendanger arbeitet schwerpunktmäßig zur Thematik der Rastertunnelmikroskopie
Foto: Sebastian Engels

Artikel von: Julian Röpcke veröffentlicht am 19.02.2021 - 17:12 Uhr

Muss Chinastudien-Professor Roland Wiesendanger nun um seinen guten Ruf oder gar seine Anstellung an der Universität Hamburg fürchten?

Er wagte als erster deutscher Forscher, die Indizien für eine Schuld Chinas am Ausbruch der Corona-Pandemie in einer Studie zusammenzutragen. Das Ergebnis: Ein Laborunfall im chinesischen Wuhan könnte zum Ausbruch der Corona-Pandemie geführt haben. Dafür schlagen dem 59-Jährigen und der Uni Hamburg nun Wut und Hass entgegen.

Hamburger Professor sicher „Corona kam doch aus einem Labor in Wuhan!“



Quelle: BILD

Nicht aus China, sondern auch von linken deutschen Politikern und Journalisten, die verlangen, die Studie solle zurückgezogen werden, über sie dürfe nicht berichtet werden und darüber hinaus Wiesendangers Titel und den Exzellenz-Status der Hamburger Hochschule infrage stellen.

Hamburger Professor sicher „Corona kam doch aus einem Labor in Wuhan!“

Der Hamburger Prof. Roland Wiesendanger trug dafür insgesamt 600 Hinweise zusammen. 60 hat er jetzt in einer Studie veröffentlicht.



Professor ist sicher: Corona kam aus Wuhan-Labor Auch deutsche Geheimdienste sind dem Virus auf der Spur

Ein Professor behauptet: Corona kam aus einem Labor in Wuhan. Auch der deutsche Geheimdienst ist dem Seuchen-Ursprung auf der Spur.

Bereits Stunden nach der Veröffentlichung twitterte der „Spiegel“-Journalist Jonas Schaible: „Das ist keine Studie, das ist eine wilde Sammlung bunt markierter PDFs“, um sich kurz darauf darüber zu echauffieren, dass die Universität Hamburg den Link zur Studie „auch noch stolz vertwittert“.

Gleich zweimal teilte er daraufhin einen Screenshot der „Exzellenzuniversität"-Seite der Hochschule und merkte dazu sarkastisch an „Exzellent." beziehungsweise „Exzellenz". Schließlich erzürnte sich Schaible darüber, dass BILD über die Veröffentlichung der Universität Hamburg berichtete. Dies sei, so der „Spiegel"-Mann: „Verantwortungslos und irreführend: Mit Journalismus hat das wirklich rein gar nichts zu tun."

Auch der ehemalige „Bildblog"-Kolumnist Ralf Heimann beschwerte sich darüber, dass BILD über die Studie einer deutschen Universität berichtet. „Hey Uni Hamburg, macht doch mal 'ne Studie dazu, wie Fake News sich verbreiten", schrieb er bei Twitter mit einem Screenshot der BILD-Site. Offenbar wäre es ihm und anderen Journalisten lieber gewesen, die Studie wäre komplett verschwiegen worden.

Die ARD-Journalistin Birgit Schmeitzner twitterte – wohl nicht ganz zufällig – am Donnerstagabend: „Professor. Ein Titel, der viel verspricht und manchmal so gar nichts hält." Wie viele andere Nutzer in den sozialen Medien schien sie damit die Professionalität von Roland Wiesendanger infrage stellen zu wollen.

Auch Politiker beteiligten sich an der Wiesendanger- und Uni-Hamburg-Schelte. So erklärte der Linken-Bundestagsabgeordnete Niema Movassat ironisch: „Fragesteller: Wie sehr kann man sich blamieren, gib mir ein Beispiel? Uni Hamburg: Hold my beer, ich mach 'ne Studie aus Youtube und ‚Focus'-Beiträgen und promote die fett."

Und der kampagnenhafte Tadel der überwiegend linken Akteure zeigt offenbar Wirkung.

Am Abend meldete sich die Studentenvertretung der Uni Hamburg zu Wort. Der Asta ließ wissen, die Veröffentlichung spiele „nur Verschwörungstheoretiker*innen in die Hände und schürt anti-asiatischen Rassismus". Gut möglich also, dass die in Anspruch genommene Forschungsfreiheit Professor Wiesendanger auch innerhalb der Universität noch zum Verhängnis wird.

Immerhin: Auch die Universitätsleitung meldete sich zu Wort. Sie erklärte dem „Hamburger Abendblatt", „die Hochschulleitung und die Pressestelle der Universität Hamburg üben keine Zensur zu Forschungsgegenständen und -ergebnissen ihrer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus". Wiesendanger und seine Kollegen seien „vielmehr zur Publikation ihrer wissenschaftlichen Ergebnisse verpflichtet".

Rückendeckung also für den Professoren aus Hamburg. Abzuwarten bleibt, wie lange die Universität diese unter dem öffentlichen Druck gewisser Meinungsmacher aufrechterhalten kann.

- Leerseite -

Anlage B322

Potential pandemic bird flu modified to be more dangerous in new risky NIH research

By **Dilyana Gaytandzhieva** - January 24, 2022



Dr. Anthony Fauci, director of the US National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), putting his protective suit. Photo: NIH

The US National Institutes of Health (NIH) has continued funding risky gain-of-function research (GoF) on potential pandemic pathogens, newly disclosed information reveals. The US government medical research agency has funded scientists to study avian influenza (bird flu) which does not transmit among humans. However, the NIH projects aim to make avian influenza viruses able to transmit among mammals and assess their pandemic potential as a possible threat to humans.

Gain-of-function (GOF) studies improve the ability of a pathogen to cause disease by increasing its virulence and transmissibility. These dangerous experiments have not been terminated even though COVID-19 has been suspected to be the result of such NIH-funded GoF research in the Wuhan Institute of Virology.

Instead of terminating all GoF research since the pandemic started NIH and its sub agency – the National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), have continued their financial support for the following GoF studies: Transmissibility of Avian Influenza Viruses in Mammals (NIAID support ended in **August 2021**); Centers of Excellence for Influenza Research and Surveillance (CEIRS) (NIAID support ended in **March 2021**). The third one: Mimicking evolution to define mechanisms of airborne transmission of H7N9 viruses, started on 2nd September 2021 and is **ongoing**.

Transmissibility of avian influenza viruses in mammals

Project Number	Former Number	Contact PI/Project Leader	Awardee Organization
4R01AI069274-09	5R01AI069274-09	KAWAOKA, YOSHIHIRO	UNIVERSITY OF WISCONSIN-MADISON



Description

Abstract Text

DESCRIPTION (provided by applicant): Since 1997, highly pathogenic avian influenza viruses of the H5N1 subtype have infected humans with high case fatality rates, although no sustained human-to-human transmission has yet been reported. Currently, the molecular features and mechanisms that would result in human-to-human transmission of H5N1 viruses are not fully understood. Indeed, several attempts in the past to select transmissible H5 viruses (which typically do not transmit among mammals) were not successful, suggesting that influenza virus transmissibility is determined by several currently unknown factors. Recently, we screened H5 virus libraries possessing random mutations in the globular head region of the hemagglutinin (HA) protein and identified mutant H5 HAs that acquired the ability to bind to human-type receptors. These mutant H5 HAs did not support virus transmission among ferrets (an established influenza virus transmission model) via respiratory droplets, but acquired this ability after two passages of the virus in these animals, which resulted in the selection of additional mutations in HA. This marks the first conversion of an H5 virus that does not transmit among ferrets into one with efficient respiratory droplet transmission. Based on this finding, we propose to decipher the determinants of H5N1 virus transmission in mammals. In Aim 1, we plan "To Identify the Mechanisms That Control H5N1 Virus Transmissibility in Mammals". To gain a better understanding of the mutations in HA that result in transmissible viruses, we will select transmissible viruses based on H5 HA proteins derived from different subclades that have caused human infections. Our recent study suggested that HA stability may contribute to virus transmissibility. To test this concept, we also plan to identify mutations in HA that increase HA stability and then test these mutations for their significance in virus transmissibility. The HA proteins of all ferret-transmissible H5N1 viruses will then be characterized for their receptor-binding specificity, their structural consequences, their effects in other genetic backgrounds, and their pathogenicity in mice and ferrets. Mutations in HA that allow avian influenza viruses to bind to human-type receptors are most likely a prerequisite for transmission among mammals; however, findings by us and others indicate that human-type receptor binding is not sufficient for respiratory droplet transmission among ferrets, and that other viral genes also contribute to transmissibility. In Aim 2 ("To Characterize the Contribution of Viral Genes Other than HA to H5N1 Virus Transmissibility", we plan to passage non-transmissible viruses of different genetic backgrounds in ferrets to select transmissible mutants. Selected mutations will be characterized for their biological effects, using established assays for internalization, intracellular transport replication and transcription, assembly and budding, and interferon antagonism. Collectively, these studies are expected to generate critical information about the molecular determinants and mechanisms of H5N1 virus transmissibility in mammals.

Project 4R01AI069274-09 – Total funding: $605,206

H5N1, a highly pathogenic avian influenza virus, does not transmit among mammals. The researchers aim to make the virus able to transmit in order to assess its pandemic potential.

According to the project's description, "no sustained human-to-human transmission has yet been reported. Several attempts in the past to select transmissible H5 viruses (which typically do not transmit among mammals) were not successful". That is why the researchers "plan to passage non-transmissible viruses of different genetic backgrounds in ferrets (an established influenza virus transmission model) to select transmissible mutants". Selected mutations will be characterized for their biological effects and the potential of H5N1 to transmit in mammals.

CENTERS OF EXCELLENCE FOR INFLUENZA RESEARCH AND SURVEILLANCE (CEIRS)

Project Number	Contact PI/Project Leader	Awardee Organization
272201400008C-0-0-1	GARCIA-SASTRE, ADOLFO	ICAHN SCHOOL OF MEDICINE AT MOUNT SINAI

Description

Abstract Text

To determine the molecular, ecologic and/or environmental factors that influence the evolution, emergence, transmission and pathogenicity of influenza viruses, including studies on animal influenza viruses with pandemic potential and to characterize the immune response to influenza infection to improve understanding of the immune correlates of protection and cross-protection.

Public Health Relevance Statement

Data not available.

Project 272201400008C-0-0-1 – Total funding: $7,336,466

The project includes studies on animal influenza viruses with pandemic potential. No further information has been provided.

Mimicking evolution to define mechanisms of airborne transmission of H7N9 viruses

Project Number	Contact PI/Project Leader	Awardee Organization
1R21AI144135-01	SUTTON, TROY CLAVELL	PENNSYLVANIA STATE UNIVERSITY-UNIV PARK

 **Description**

Abstract Text

The Asian lineage H7N9 avian influenza viruses (AIV) have caused >1500 human zoonotic infections with 615 deaths. These viruses have not spread in humans; however, there is a high potential for these viruses to evolve to transmit via the airborne route and cause a pandemic. Using ferrets, we previously evaluated the ability of the prototypic Asian lineage virus, A/Anhui/1/2013 (H7N9), to undergo two continuous rounds of airborne transmission. In these studies, we found that the virus was able to transmit to 50-66% of respiratory contact ferrets during both rounds of transmission. In a subsequent deep sequence analysis, we identified 2-5 mutations in 90-99% of all variant viruses that transmitted. These mutations were in the hemagglutinin (HA), neuraminidase (NA), and viral polymerase genes. As airborne transmission is associated with enhanced binding and replication in cells of the upper airways, we hypothesize that the identified mutations will alter the molecular properties of the virus to enhance replication in primary human nasal and tracheal epithelial cells. Our aims are: Aim 1. Determine the role of previously identified HA and NA mutations in an H7N9 virus with the A/PR/8 vaccine backbone. Viruses carrying the H7N9 HA and NA on the A/PR8 vaccine backbone will generated. Mutations will be introduced into the HA and NA gene segments and several properties including receptor-binding preference, pH of fusion, thermostability, NA activity, and changes in antibody recognition via immune serum will be evaluated. Aim 2. Evaluate the role of previously identified mutations on the viral polymerase. To assess the impact of mutations in the viral polymerase, in vitro polymerase reconstitution assays will be performed. Specifically, the activity of the wild-type H7N9 polymerase with and without the identified mutations will be assessed. Aim 3. Determine if the introduction of previously identified mutations alters viral replication in primary human airway epithelial cells. To determine if the identified mutations impact viral replication, we will evaluate the replication kinetics of recombinant H7N9-A/PR8 viruses for their growth in primary human airway epithelial cells. Primary human cells will include nasal, tracheal, bronchial, and small airway epithelial cells. Collectively, these studies will determine the effect of the identified mutations on different molecular properties of the virus, while also determining if the mutations alter the viral tropism in human cells. Our findings will generate new insight on how AIV evolve to transmit via the airborne route and will yield critical knowledge required to interpret the evolution and assess the pandemic potential of H7N9 viruses.

Project 1R21AI144135-01 – Total funding: $226,169

Source: NIAID

According to the description provided for Project 1R21AI144135-01: "The Asian lineage H7N9 avian influenza viruses (AIV)… have not spread in humans; however, there is a high potential for these viruses to evolve to transmit via the airborne route and cause a pandemic… Viruses carrying the H7N9 HA and NA on the A/PR8 vaccine backbone will be generated. Mutations will be introduced into the HA and NA gene segments…we will evaluate the replication kinetics of recombinant H7N9-A/PR8 viruses for their growth in primary human airway epithelial cells. Primary human cells will include nasal, tracheal, bronchial, and small airway epithelial cells." The researchers want to make the virus able to transmit via the airborne route in order to assess the pandemic potential of H7N9 viruses.

These last NIH-funded experiments are just a small part of many controversial lab studies approved by the agency. One of them was the risky bat coronavirus research in China which is under investigation in the US for a possible link to the COVID-19 pandemic.

Despite repeated denials from NIAID director Dr. Antony Fauci including before Congress, NIH finally acknowledged last year that US did fund GoF research on bat coronaviruses in Wuhan from where the pandemic started and spread across the world. The $3.7 million grant was awarded to the US non-profit organization EcoHealth Alliance. In a letter to U.S. House of Representatives NIH states that EcoHealth Alliance violated Terms and Conditions of NIH grant AI110964 and failed to report all its activities in China. According to the NIH letter, a "limited experiment" was conducted in order to test if "spike proteins from naturally occurring bat coronaviruses circulating in China were capable of binding to the human ACE2 receptor in a mouse model."

This is much bigger than Dr. Fauci – it involves the entire US government: US Congressman

Following the release of a House Intelligence Committee report stating that "significant circumstantial evidence" supports the lab leak hypothesis, Rep. Mike Gallagher urged members

of Congress and members of the media to more closely scrutinize additional US funding streams that sent taxpayer dollars to EcoHealth Alliance. According to the congressman, "If you start to do basic research, it quickly becomes apparent that this is much bigger than Dr. Fauci – it involves the entire US government".

EcoHealth Alliance has received **$112.1 million** in total in US government funding since 2003, according to information obtained from the US federal contracts registry. Among its main sponsors are NIH through NIAID and the Pentagon through the Defense Threat Reduction Agency (DTRA). The projects' objectives are discovery and assessment of viruses with pandemic potential mainly in Africa and Asia.

NIH grants:

Federal Grant Awards for Ecohealth Alliance Inc.

Name	Awardee	Dollars Obligated	Award Date	Updated At
U01AI153420	Ecohealth Alliance Inc.	$1.2m	9/15/2020	7/1/2021
STUDY OF NIPAH VIRUS DYNAMICS AND GENETICS IN ITS BAT RESERVOIR AND OF HUMAN EXPOSURE TO NIV ACROSS BANGLADESH TO UNDERSTAND PATTERNS OF HUMAN OUTBREAKS				
U01AI151797	Ecohealth Alliance Inc.	$3.1m	6/17/2020	6/11/2021
UNDERSTANDING RISK OF ZOONOTIC VIRUS EMERGENCE IN EID HOTSPOTS OF SOUTHEAST ASIA				
R01AI110964	Ecohealth Alliance Inc.	$3.7m	6/1/2014	9/14/2021
UNDERSTANDING THE RISK OF BAT CORONAVIRUS EMERGENCE				
R56TW009502	Ecohealth Alliance Inc.	$300.0k	9/17/2012	9/14/2012
COMPARATIVE SPILLOVER DYNAMICS OF AVIAN INFLUENZA IN ENDEMIC COUNTRIES				
R01AI079231	Ecohealth Alliance Inc.	$2.6m	9/18/2008	8/7/2012
RISK OF VIRAL EMERGENCE FROM BATS				
K08AI067549	Ecohealth Alliance Inc.	$442.8k	9/15/2007	9/14/2010
RISK FOR FUTURE OUTBREAKS OF HENIPAVIRUSES IN SOUTH ASIA				
R01TW005869	Ecohealth Alliance Inc.	$3.7m	8/1/2002	7/27/2012
THE ECOLOGY, EMERGENCE AND PANDEMIC POTENTIAL OF NIPAH VIRUS IN BANGLADESH				

Pentagon grants:

Federal Grant Awards for Ecohealth Alliance Inc.

Name	Awardee	Dollars Obligated	Award Date	Updated At
HDTRA12110023	Ecohealth Alliance Inc.	$253.3k	7/20/2021	7/19/2021
PREDICTING BIOTHREAT IMPACTS FROM EARLY-STAGE DATA VIA TRANSFER LEARNING.				
HDTRA12010029	Ecohealth Alliance Inc.	$3.0m	9/29/2020	9/29/2020
REDUCING THE THREAT OF MIDDLE EAST RESPIRATORY SYNDROME CORONAVIRUS AND AVIAN INFLUENZA IN JORDAN & STRENGTHENING REGIONAL DISEASE SURVEILLANCE CAPACITY				
HDTRA12010026	Ecohealth Alliance Inc.	$3.0m	9/25/2020	9/24/2020
BIOSURVEILLANCE FOR SPILLOVER OF HENIPAVIRUSES AND FILOVIRUSES IN RURAL COMMUNITIES IN INDIA.				
HDTRA12010018	Ecohealth Alliance Inc.	$5.0m	7/1/2020	6/30/2020
CRIMEAN-CONGO HEMORRHAGIC FEVER: REDUCING AN EMERGING HEALTH THREAT IN TANZANIA.				
HDTRA12010016	Ecohealth Alliance Inc.	$4.9m	6/1/2020	5/27/2020
REDUCING THE THREAT FROM HIGH-RISK PATHOGENS CAUSING FEBRILE ILLNESS IN LIBERIA				
HDTRA11910033	Ecohealth Alliance Inc.	$5.0m	8/19/2019	3/24/2020
REDUCING THE THREAT OF RIFT VALLEY FEVER THROUGH ECOLOGY, EPIDEMIOLOGY AND SOCIO-ECONOMICS				
HDTRA11710064	Ecohealth Alliance Inc.	$6.5m	10/2/2017	3/23/2020
UNDERSTANDING THE RISK OF BAT-BORNE ZOONOTIC DISEASE EMERGENCE IN WESTERN ASIA				
HDTRA11710037	Ecohealth Alliance Inc.	$1.6m	5/1/2017	5/25/2018
SEROLOGICAL BIOSURVEILLANCE FOR SPILLOVER OF HENIPAVIRUSES AND FILOVIRUSES AT AGRICULTURAL AND HUNTING HUMANANIMAL INTERFACES IN PENINSULAR MALAYSIA				
HDTRA11410029	Ecohealth Alliance Inc.	$4.9m	5/28/2014	5/25/2018
UNDERSTANDING RIFT VALLEY FEVER IN THE REPUBLIC OF SOUTH AFRICA				

Source: govtribe.com

Coronavirus research in controversial Pentagon biolab in Georgia

EcoHealth Alliance has implemented a number of military biological research programs for the Pentagon. In 2017 the US Defense Threat Reduction Agency (DTRA) tasked EcoHealth Alliance with a $6.5 million project to collect and isolate coronaviruses in 5,000 bats in Western Asia. The duration of the program is 5 years (2017-2022) with the Lugar Center, the Pentagon biolaboratory in the Republic of Georgia, being the local laboratory for this genetic research.

The project's objectives are: 1. Capture and non-lethally sample 5,000 bats; 2. Collect 20,000 samples (i.e. oral, rectal swabs and/or feces, and blood) and screen for CoVs using consensus PCR at regional labs in Georgia and Jordan. According to the project presentation, Eco Health Alliance already sampled 270 bats of 9 species in three Western Asian countries: 90 individual bats in Turkey (Aug 2018), Georgia (Sept 2018), and Jordan (Oct 2018).



EcoHealth Alliance and Georgian scientists processing bats for a $6.5 million Pentagon project in Western Asia (photo: Facebook, Kendra Phelps, Eco Health Alliance, October 2018)

The Lugar Center which is the partner laboratory for this research is a $180 million Pentagon biolaboratory in Georgia's capital Tbilisi. It has been operated by a special US Army Unit – USAMRU-G, whose personnel have been given diplomatic immunity to research viruses without being diplomats.



The Lugar Center is the $180 million Pentagon-funded biolaboratory in Georgia's capital Tbilisi.



A diplomatic car with a registration plate of the US Embassy to Tbilisi in the car park of the Lugar Center. US scientists working at the Pentagon laboratory in Georgia drive diplomatic vehicles as they have been given diplomatic immunity. Photos: Dilyana Gaytandzhieva

The Lugar Center has become notorious in the last years for controversial activities, laboratory incidents and scandals surrounding the US drug giant Gilead's Hepatitis C program in Georgia which has resulted in at least 248 deaths of patients. The cause of death in the majority of cases has been listed as unknown, internal documents have shown.

There is no public information about the results of the research performed by EcoHealth Alliance at the Lugar Center for the Pentagon neither what viruses have been discovered and what genome experiments have been performed.

$5,000 for bat on the black market

The State Security Committee of South Ossetia raised awareness about the EcoHealth Alliance bat research project in neighboring Georgia after a Georgian national Khvicha Mgebrishvili was detained on 3 July 2020 near the village of Adzisar in the Tskhinvali region of South Ossetia for violating the state border. During the interrogation by South Ossetian KGB border officers, he explained that he

was interested in a colony of bats in the villages of Artseu and Grom in the Tskhinvali region. According to Mgebrishvili, he intended to capture the so-called "Bat cocoons" and sell them in Georgia for $5,000 each. These species are listed in the Red Book and hunting them is punishable by prison in South Ossetia.

Local authorities accused neighboring Georgia of suspicious activities stating that "the Lugar Center for Public Health Research has shown increased interest in the population of South Ossetian bats since 2012". As always the Lugar Center and the US Embassy in Tbilisi denied all allegations as fake news and a conspiracy theory.

In response to all scandals surrounding the Lugar Center and the growing distrust among Georgians the US Embassy in Tbilisi has launched a propaganda campaign to educate the local population with animated movies on social media and Georgian TV channels. All information concerning the Lugar Center apart from the official government narrative has been branded as "fake news", "disinformation" and "conspiracy theories". The Lugar Center has been given by Western media as an example in the fight against the novel coronavirus even though COVID-ravaged Georgia ranks seventh in the world among the countries with the highest number of deaths per million as of this month.

I am an independent journalist and do not work for governments or corporations. If you want to support my work, please go to the Donation page or Become Volunteer. Thank you! If you want to follow me on Telegram, please subscribe to Arms Watch Telegram channel using the link: https://t.me/armswatch

Dilyana Gaytandzhieva

http://armswatch.com/

Dilyana Gaytandzhieva is a Bulgarian investigative journalist, Middle East correspondent and founder of Arms Watch. Over the last years she has published a series of revealing reports on weapons supplies to terrorists in Syria, Iraq and Yemen. Her current work is focused on documenting war crimes and illicit arms exports to war zones around the world.

An Lage B323



2000: Ausland

Die Brüsseler Republik

Im 21. Jahrhundert wächst der europäische Bundesstaat heran. Er wird ein Multikulti-Staatsvolk von wenigstens 440 Millionen Menschen umfassen.

Von Dirk Koch
26.12.1999, 13.00 Uhr • aus DER SPIEGEL 52/1999

Jean-Claude Juncker ist ein pfiffiger Kopf. »Wir beschließen etwas, stellen das dann in den Raum und warten einige Zeit ab, was passiert«, verrät der Premier des kleinen Luxemburg über die Tricks, zu denen er die Staats- und Regierungschefs der EU in der Europapolitik ermuntert. »Wenn es dann kein großes Geschrei gibt und keine Aufstände, weil die meisten gar nicht begreifen, was da beschlossen wurde, dann machen wir weiter - Schritt für Schritt, bis es kein Zurück mehr gibt.«

So wurde bei der Einführung des Euro verfahren, als tatsächlich kaum jemand die Tragweite der ersten Beschlüsse 1991 zur Wirtschafts- und Währungsunion wahrnehmen mochte.

So ähnlich lief es jetzt wieder beim EU-Sondergipfel im finnischen Tampere, wo komplizierte Entscheidungen zur Justiz- und Rechtspolitik fielen. In wenigen Jahren werden die Mitgliedstaaten die Folgen spüren. Brüssel gibt dann die Mindeststandards für die Asylpolitik vor. Und das Geschrei in Bayern und anderswo wird groß sein, wenn die Ermittlungsaufträge von Europol an deutsche Sicherheitsbehörden die Polizeihoheit der Bundesländer durchlöchern.

Nach derselben Methode soll der Bau des Bundesstaates Europa weitergehen.

Eigentlich gibt es den bereits - auch wenn das Karlsruher Bundesverfassungsgericht das nicht wahrhaben will und lieber von einem Staatenverbund spricht. Die Europäische Union weist die entscheidenden Merkmale auf: Als Rechtsgemeinschaft mehrerer Staaten entscheidet sie wie ein Bundesstaat über jene Fragen, die für den Bestand des Ganzen wesentlich sind, während die Gliedstaaten ihre Staatlichkeit behalten und an der Willensbildung des Ganzen entscheidend beteiligt sind.

Das bundesstaatliche Phänomen in Brüssel ist noch ziemlich unfertig, funktioniert aber. Mindestens 60 Prozent der deutschen Innenpolitik, sagt sogar Europaskeptiker Edmund Stoiber, werden heute in Brüssel gemacht.

Es werden sich, das lehrt der Blick zurück, die bundesstaatlichen

Strukturen im neuen Jahrhundert verfestigen, mal schleppend, mal in Schüben wie bisher. Aus der Montanunion, der aus den Schrecken zweier Weltkriege geborenen Friedensallianz zwischen den Deutschen, Franzosen, Belgiern, Italienern, Luxemburgern und Niederländern, wurde die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft und dann die Europäische Union der derzeit 15 - stets ging es in Richtung Bundesstaat.

Ein zunehmend mächtigeres Europäisches Parlament (EP) nimmt sich mit wachsendem Selbstbewusstsein neue Rechte. Ohne Widerspruch aus Paris, London oder Berlin nennt Präsident Romano Prodi, vom EP als Quasi-Kanzler gewählt, seine EU-Kommission eine »Art europäische Regierung«.

Der Ministerrat der EU, das Legislativorgan der Mitgliedstaaten, ist eine Art Bundesrat, in dem die Regierungsvertreter eine entscheidende Rolle in der Gesetzgebung spielen.

Eine eigene Armee hat die Brüsseler Republik bald auch. Der Aufbau einer modernen, EU-geführten Streitmacht von 150 000 Mann ist eine der Hauptaufgaben für den neuen Hohen Repräsentanten der Gemeinsamen Außen- und Sicherheitspolitik (Gasp), Javier Solana, den EU-Außenminister. Und eine Art gemeinsames »Staatsgebiet« bildet der Binnenmarkt schon jetzt - ohne Grenzen für Personen, Waren und Dienstleistungen.

Dass die Nationen auf den Kern ihrer Souveränität, die eigene Währung, zu Gunsten des Euro verzichteten, war der entscheidende Schritt hin zum europäischen Bundesstaat. Die Europäische Zentralbank in Frankfurt lenkt inzwischen ohne größere Probleme die gemeinsame Geldpolitik im Euroland der Elf; Briten, Schweden, Dänen und Griechen werden früh im neuen Jahrhundert im Interesse ihrer Wirtschaft dazustoßen.

Die EU ist in ihren Strukturen und Kompetenzen nicht versteinert, sondern beweglich geblieben. Deshalb auch wird sie mit der Erweiterung nach Osten und Süden fertig werden. Ob zur EU 375 Millionen Menschen oder bald 440 Millionen oder eines Tages 540 Millionen gehören, ist mehr ein Organisationsproblem - wenn nur die strengen Beitrittsbedingungen der EU bei Demokratie, Menschenrechten und Wirtschaft nicht missachtet werden.

Die Erweiterung zwingt die EU, sich selber zu reformieren. Der Ministerrat muss besser funktionieren - weniger einstimmige Beschlüsse, mehr Mehrheitsentscheidungen. Damit wächst zugleich die Macht des Parlaments, da bei Mehrheitsentscheiden des Rates in der Regel seine Zustimmung nötig ist.

Der Bundesstaat Europa wird sogar eine Art Multikulti-Staatsvolk aufweisen. Hielten die Leute 2002 erst einmal die Banknoten und Münzen des Euro in den Händen, sagt Luxemburgs Juncker voraus, »dann bildet sich bald ein neues Wir-Gefühl: wir Europäer«. DIRK KOCH

Deutscher Bundestag **Drucksache 20/899**
20. Wahlperiode 03.03.2022

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Heike Baehrens, Dr. Janosch Dahmen, Katrin Helling-Plahr, Dagmar Schmidt (Wetzlar), Dr. Till Steffen, Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann, Dirk Wiese, Sanae Abdi, Stephanie Aeffner, Reem Alabali-Radovan, Dagmar Andres, Niels Annen, Andreas Audretsch, Lisa Badum, Annalena Baerbock, Ulrike Bahr, Daniel Baldy, Karl Bär, Nezahat Baradari, Katharina Beck, Dr. Holger Becker, Jürgen Berghahn, Bengt Bergt, Jakob Blankenburg, Dr. Franziska Brantner, Leni Breymaier, Agnieszka Brugger, Frank Bsirske, Isabel Cademartori Dujisin, Dr. Lars Castellucci, Dr. Anna Christmann, Jürgen Coße, Bernhard Daldrup, Ekin Deligöz, Hakan Demir, Dr. Sandra Detzer, Martin Diedenhofen, Jan Dieren, Sabine Dittmar, Anke Domscheit-Berg, Felix Döring, Katharina Dröge, Falko Droßmann, Deborah Düring, Axel Echeverria, Sonja Eichwede, Marcel Emmerich, Heike Engelhardt, Dr. Wiebke Esdar, Saskia Esken, Yasmin Fahimi, Emilia Fester, Sebastian Fiedler, Dr. Edgar Franke, Schahina Gambir, Manuel Gava, Kai Gehring, Stefan Gelbhaar, Martin Gerster, Dr. Jan-Niclas Gesenhues, Angelika Glöckner, Katrin Göring-Eckardt, Dr. Armin Grau, Timon Gremmels, Kerstin Griese, Uli Grötsch, Erhard Grundl, Dr. Robert Habeck, Bettina Hagedorn, Rita Hagl-Kehl, Britta Haßelmann, Hubertus Heil (Peine), Frauke Heiligenstadt, Linda Heitmann, Kathrin Henneberger, Anke Hennig, Nadine Heselhaus, Dr. Anton Hofreiter, Bruno Hönel, Jasmina Hostert, Verena Hubertz, Frank Junge, Josip Juratovic, Oliver Kaczmarek, Elisabeth Kaiser, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Macit Karaahmetoğlu, Carlos Kasper, Anna Kassautzki, Gabriele Katzmarek, Rainer Johannes Keller, Michael Kellner, Dr. Franziska Kersten, Misbah Khan, Sven-Christian Kindler, Helmut Kleebank, Maria Klein-Schmeink, Lars Klingbeil, Annika Klose, Tim Klüssendorf, Dr. Bärbel Kofler, Chantal Kopf, Anette Kramme, Dunja Kreiser, Oliver Krischer, Christian Kühn (Tübingen), Renate Künast, Ricarda Lang, Dr. Karl Lauterbach, Sven Lehmann, Sylvia Lehmann, Kevin Leiser, Steffi Lemke, Esra Limbacher, Helge Lindh, Dr. Tobias Lindner, Denise Loop, Bettina Lugk, Dr. Anna Lührmann, Dr. Tanja Machalet, Erik Malottki, Kaweh Mansoori, Dr. Zanda Martens, Dorothee Martin, Parsa Marvi, Katja Mast, Zoe Mayer, Andreas Mehltretter, Takis Mehmet Ali, Susanne Menge, Robin Mesarosch, Matthias David Mieves, Dr. Irene Mihalic, Boris Mijatović, Susanne Mittag, Cornelia Möhring, Falko Mohrs, Claudia Moll, Siemtje Möller, Detlef Müller (Chemnitz), Michael Müller, Beate Müller-Gemmeke, Dr. Rolf Mützenich, Sara Nanni, Rasha Nasr, Brian Nickholz, Dietmar Nietan, Omid Nouripour, Jörg Nürnberger, Lennard Oehl, Josephine Ortleb, Karoline Otte, Mahmut Özdemir (Duisburg), Dr. Christos Pantazis, Mathias Papendieck, Natalie Pawlik, Jens Peick, Dr. Andreas Philippi, Jan Plobner, Sabine Poschmann, Achim Post (Minden), Dr. Anja Reinalter, Martina Renner, Ye-One Rhie, Andreas Rimkus, Sönke Rix, Dennis Rohde, Sebastian Roloff, Dr. Martin Rosemann, Jessica Rosenthal, Claudia Roth (Augsburg), Michael Roth (Heringen), Tina Rudolph,

Bernd Rützel, Sarah Ryglewski, Dr. h. c. Thomas Sattelberger, Axel Schäfer (Bochum), Ingo Schäfer, Jamila Schäfer, Dr. Sebastian Schäfer, Rebecca Schamber, Dr. Nina Scheer, Marianne Schieder, Udo Schiefner, Peggy Schierenbeck, Timo Schisanowski, Christoph Schmid, Dr. Nils Schmid, Stefan Schmidt, Uwe Schmidt, Carsten Schneider (Erfurt), Daniel Schneider, Olaf Scholz, Marlene Schönberger, Johannes Schraps, Christian Schreider, Christina-Johanne Schröder, Michael Schrodi, Svenja Schulze, Frank Schwabe, Stefan Schwartze, Rita Schwarzelühr-Sutter, Dr. Lina Seitzl, Melis Sekmen, Nyke Slawik, Nina Stahr, Dr. Ralf Stegner, Hanna Steinmüller, Nadja Sthamer, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Ruppert Stüwe, Claudia Tausend, Markus Töns, Jürgen Trittin, Derya Türk-Nachbaur, Dr. Julia Verlinden, Kathrin Vogler, Robin Wagener, Dr. Carolin Wagner, Johannes Wagner, Beate Walter-Rosenheimer, Carmen Wegge, Melanie Wegling, Dr. Joe Weingarten, Saskia Weishaupt, Lena Werner, Bernd Westphal, Tina Winklmann, Gülistan Yüksel, Stefan Zierke, Dr. Jens Zimmermann, Armand Zorn, Katrin Zschau

Entwurf eines Gesetzes zur Aufklärung, Beratung und Impfung aller Volljährigen gegen SARS-CoV-2 (SARSCovImpfG)

A. Problem

Die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) gehört zu den ansteckendsten übertragbaren Krankheiten des Menschen. Alle Bevölkerungsteile in Deutschland sind von der Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 direkt oder indirekt betroffen. Bisher wurde Deutschland von insgesamt vier Infektionswellen mit SARS-CoV-2 erfasst, eine fünfte Welle hat Anfang 2022 begonnen. Bisher wurden in allen Infektionswellen bevölkerungsbezogene Schutzmaßnahmen getroffen, die mit teilweise erheblichen Einschränkungen des öffentlichen und privaten Lebens verbunden waren.

Das epidemiologische Geschehen in Deutschland wird derzeit von der Omikron-Variante dominiert. Diese Variante zeichnet sich unter anderem durch eine kürzere Inkubationszeit und kürzere Generationszeit aus. (Pearson, C.A.B., Silal, S.P., Li, M.W.Z., Dushoff, J., Bolker, B.M., Abbott, S., van Schalkwyk, C., Davies, N.G., Barnard, R.C., Edmunds, W.J., et al. (2021b). Bounding the levels of transmissibility & immune evasion of the Omicron variant in South Africa. medRxiv, 2021.2012.2019.21268038; Brandal, L.T., MacDonald, E., Veneti, L., Ravlo, T., Lange, H., Naseer, U., Feruglio, S., Bragstad, K., Hungnes, O., Odeskaug, L.E., et al. (2021). Outbreak caused by the SARS-CoV-2 Omicron variant in Norway, November to December 2021. Euro Surveill 26; Hwang, H., Lim, J.S., Song, S.A., Achangwa, C., Sim, W., Kim, G., and Ryu, S. (2021). Transmission dynamics of the Delta variant of SARS-CoV-2 infections in South Korea. J Infect Dis.; Kim, D., Jo, J., Lim, J.-S., and Ryu, S. (2021). Serial interval and basic reproduction number of SARS-CoV-2 Omicron variant in South Korea. medRxiv,

2021.2012.2025.21268301). Die Gefährdung durch COVID-19 für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland wird unter der Omikron-Variante, die sich deutlich schneller und effektiver verbreitet als die bisherigen Virusvarianten, als sehr hoch eingeschätzt. (Die Risikobewertung des RKI ist abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikobewertung.html;jsessionid=A6C743EEA7913DF8217C8769F5FA25B1.internet091?nn=2386228). Zwar führt sie zu milderen Krankheitsverläufen, da zumeist nur die oberen Atemwege angegriffen werden. Aufgrund der hohen Fallzahlen infolge der insgesamt stark gestiegenen Ansteckungszahlen und Inzidenzen führt jedoch auch ein geringerer Anteil schwerer Erkrankungen und Hospitalisierungen zu einer sehr großen absoluten Zahl von Krankheitsfällen. Dies gilt insbesondere für den ungeimpften Teil der Bevölkerung, die auch bei der Omikron-Variante stärker von Infektionen, schweren Erkrankungen und Hospitalisierungen betroffen sind, als der geimpfte Teil der Bevölkerung. Im Falle des Auftretens neuer Varianten, die infektiöser und ggf. pathogener als die derzeit zirkulierende Omikron-Variante sein könnten, besteht weiterhin ein Risiko der Überlastung des Gesundheitssystems insbesondere im kommenden Herbst und Winter.

Zur Prävention stehen gut verträgliche, sichere und hochwirksame Impfstoffe zur Verfügung. Studien zeigen, dass Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 nicht nur die geimpfte Person wirksam vor einer Erkrankung und insbesondere vor schweren Krankheitsverläufen schützen, sondern auch dazu führen, dass geimpfte Personen weniger zur Ausbreitung des Erregers beitragen, was insbesondere dem Schutz vulnerabler Personengruppen vor einer SARS-CoV-2-Infektion dienlich ist. Auf diese Weise können auch junge und gesunde Menschen durch die Impfung dazu beitragen, dass Personen, die nicht geimpft werden können, oder bei denen die Immunantwort nicht ausreichend ausfällt, vor einer Infektion effektiv geschützt werden. Ausreichend hohe Impfquoten in allen Altersgruppen minimieren zugleich die Weiterverbreitung der Krankheit in der Bevölkerung (Bevölkerungsschutz; Die Begründungstexte der STIKO zu den COVID-19-Impfmpfehlungen enthalten umfangreiche Quellen zur aktuellen Studienlage; abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Impfempfehlung-Zusfassung.html;jsessionid=830E4F2842DB56B05D9816913D68DA82.internet062).

Auch aktuell bei Dominanz der Omikron-Variante kann für vollständig geimpfte Personen aller Altersgruppen - und insbesondere für Personen mit Auffrischimpfung - weiterhin von einem sehr guten Impfschutz gegenüber einer schweren COVID-19-Erkrankung ausgegangen werden und weiterhin zeigt sich für ungeimpfte Personen aller Altersgruppen ein deutlich höheres Risiko für eine COVID-19-Erkrankung, insbesondere für eine schwere Verlaufsform.

Eine dänische Studie untersuchte anhand von Registerdaten die Übertragungsdynamik von Omikron-Infektionen (Secondary Attack Rate; SAR) in Haushalten (Lyngse FP, Mortensen LH, Denwood MJ, Christiansen LE, Møller CH, Skov RL, et al. SARS-CoV-2 Omicron VOC Transmission in Danish Households; Preprint vom 27.12.2021, abrufbar unter https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.27.21268278v1). Beim Vergleich von Haushalten mit einer mit der Omikron-Variante infizierten Indexperson zu Haushalten mit Delta-Infektion zeigte sich für ungeimpfte Personen kein Risikounterschied hinsichtlich des Auftretens von Sekundärinfektionen. Vollständig grundimmunisierte Personen und Personen nach Auffrischimpfung waren sowohl für Delta- als auch für Omikron-Infektionen weniger empfänglich als Ungeimpfte. Personen mit Auffrischimpfung hatten eine reduzierte und Ungeimpfte eine erhöhte Übertragungswahrscheinlichkeit für beide Varianten im Vergleich zu vollständig Grundimmunisierten. Die Daten unterstreichen die Schutzwirkung einer Auffrischimpfung

gegenüber Infektionen mit der Omikron-Variante, wobei die Studie aufgrund der kurzen Beobachtungszeit keine Aussage zur Schutzdauer zulässt.

Auch wenn mit einer Impfung das Risiko einer Infektion deutlich reduziert ist, können sich Menschen trotz Impfung mit dem SARS-CoV-2 Virus infizieren und das Virus weiterverbreiten (Transmission). Die Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 führen jedoch dazu, dass geimpfte Personen im Vergleich zu ungeimpften Personen weniger zur Ausbreitung des Erregers beitragen, was insbesondere dem Schutz vulnerable Personengruppen vor einer SARS-CoV-2-Infektion zuträglich ist. In der Gesamtschau legen die verfügbaren Daten nahe, dass die COVID-19-Impfung eine Virustransmission auch unter Omikron reduziert.(s. bspw. Lyngse et al.; SARS-CoV-2 Omicron VOC Transmission in Danish Households; Preprint vom 27.12.2021, online verfügbar unter https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.27.21268278v1). Studien belegen zwar, dass die Schutzwirkung eines Zwei-Dosen-Impfschemas vor schweren Krankheitsverläufen bereits unter der Delta-Variante im zeitlichen Verlauf deutlich abnimmt (Feikin et al., Duration of Effectiveness of Vaccines Against SARS-CoV-2 Infection and COVID-19 Disease: Results of a Systematic Review and Meta-Regression; preprint; https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3961378). Unter der derzeit dominanten Omikron-Variante ist die Schutzwirkung des Zwei-Dosen-Impfschemas deutlich abgeschwächt. Verschiedene Studien zeigen aber ebenfalls, dass nach erfolgter dritter Impfung (Auffrischimpfung) erneut eine hohe Schutzwirkung vor symptomatischer Infektion, schweren Krankheitsverläufen und Todesfällen erzielt wird. Insbesondere im Hinblick auf die Omikron-Variante ist eine Grundimmunisierung durch dreimaligen Antigenkontakt erforderlich, damit eine ausreichende starke und anhaltende Immunantwort induziert werden kann (Begründungstexte der STIKO zu den COVID-19-Impfmpfehlungen abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Impfempfehlung-Zusfassung.html;jsessionid=830E4F2842DB56B05D9816913D68DA82.internet062). Keine der bisher aufgetretenen Varianten von SARS-CoV-2 weist bzw. wies Eigenschaften auf, die zu einem kompletten Verlust der Wirksamkeit der in Deutschland verfügbaren Impfstoffe führten. Insbesondere die Effektivität bei der Verhinderung von schweren Verlaufsformen der SARS-CoV-2 Infektion (z.B. Hospitalsierungen) war bzw. ist im Vergleich zum Wildtyp bei Varianten bislang nur wenig abgeschwächt und liegt bzw. lag bei 80-90% (vgl. Wochenberichte des RKI, Kapitel: Wirksamkeit der Impfung) während die Effektivität gegen jegliche Infektion bereits bei der Deltavariante und deutlicher bei der Omikron-Variante nachgelassen hat, jedoch durch die Auffrischimpfung im Beobachtungszeitraum von 10 Wochen erneut auf 50-60 % gehoben werden konnte (Quelle: Technical Report 34).

Gemäß den Meldungen aller durchgeführten COVID-19-Impfungen an das RKI vom 10.02.2022 (abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html) haben insgesamt 76,0 Prozent der Bevölkerung mindestens eine Impfung gegen COVID-19 erhalten. 74,6 Prozent der Bevölkerung wurden bereits zweifach gegen COVID-19 geimpft. 55,0 Prozent haben eine Auffrischimpfung erhalten. In der Altersgruppe ab 18 Jahren sind 84,6 Prozent der Menschen vollständig geimpft, 64,3 Prozent haben eine Auffrischimpfung erhalten. Ca. 14 Prozent der Menschen in dieser Altersgruppe sind ungeimpft. Dabei geht das RKI im digitalen Impfquotenmonitoring von einer leichten statistischen Untererfassung in Höhe von maximal 5 Prozentpunkten aus (das heißt zwischen 6,5 Mio und 10 Mio Erwachsenen sind ungeimpft).

Die derzeit bestehende Impfquote reicht auf Basis der bisherigen Erfahrungen nicht aus um den erwarteten, sehr schnellen und starken Anstieg der Erkrankungs-

zahlen und die damit bestehende Gefahr einer Überlastung des Gesundheitssystems und ggf. weiterer Versorgungsbereiche in den kommenden Herbst- und Wintermonaten einzudämmen. Einerseits kommt es in den Herbst- und Wintermonaten erfahrungsgemäß stets zu einem starken Anstieg an Atemwegserkrankungen (und nach den Erfahrungen der Winter 2020/2021 und 2021/2022 insbesondere von COVID-19) und andererseits ist nicht prognostizierbar, welche Virusvariante im Herbst/Winter 2022/2023 vorherrschend sein wird. In der Gesamtschau ergibt sich, dass ein Risiko der Überlastung für das Gesundheitssystem besteht mit nachteiligen Auswirkungen auf die gesamte Bevölkerung. Zwar wurde mit dem Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I, Nr. 83, S. 5162) zum Schutz von Personen, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes und/oder Alters ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Verlauf einer Erkrankung mit COVID-19 haben (vulnerable Personen), in § 20a des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) eine einrichtungsbezogene Impfpflicht eingeführt. Diese Regelung kann zum einen aber nur einen begrenzten Beitrag zur Steigerung der Impfquote in der Allgemeinbevölkerung leisten. Zum anderen vermag sie vulnerable Personen nicht allgemein anhand des besonderen Risikofaktors Alter, sondern nur bei ihrem Aufenthalt in einer der Impfpflicht unterfallenden Einrichtung zu schützen.

Es ist jedoch absehbar, dass allein mit einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht – die primär dem Schutz vulnerabler Personen in den Einrichtungen dient – die nötige Steigerung der Impfquote in der Gesamtbevölkerung, die für die Eindämmung des Coronavirus SARS-CoV-2 insgesamt und zur Vermeidung einer möglichen Überlastung des Gesundheitssystems durch eine hohe Krankheitslast in der adulten Bevölkerung notwendig ist, nicht erreicht werden kann. Denn von der einrichtungsbezogenen Impfpflicht wird nur ein geringer Teil der Bevölkerung erfasst. Die damit verbundene Steigerung der Impfquote fällt im Vergleich mit der mit einer allgemeinen Impfpflicht verbundenen Steigerung der Impfquote eher gering aus. Die notwendige Steigerung der Impfquote in der Gesamtbevölkerung würde im Ergebnis auch bei einer Impfpflicht, die allein die vulnerablen Personen betreffen würde, nicht erreicht werden.

In der EU sind inzwischen verschiedene Arzneimittel zur Therapie einer COVID-19-Erkrankung zugelassen. Die in Deutschland zur Verfügung stehenden Arzneimittel, insbesondere monoklonale Antikörperpräparate, die nach der S3-Leitlinie – Empfehlungen zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19 in der frühen Krankheitsphase bis maximal 7 Tage nach Symptombeginn spezifisch zur Reduktion der Viruslast eingesetzt werden können, sind gegenüber den verschiedenen SARS-CoV-2-Varianten unterschiedlich wirksam. (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/113-001LGl_S3_Empfehlungen-zur-stationaeren-Therapie-von-Patienten-mit-COVID-19_2021-10_1.pdf; Seite 37). Abhängig von dem Wirkstoff (monoklonaler Antikörper), der in dem Arzneimittel enthalten ist, reicht die Wirksamkeit gegen die Delta- und Omikron-Variante von „gut“ bis „eingeschränkt“ wirksam. Monoklonale Antikörper zur Präexpositionsprophylaxe für stark immunbeeinträchtigte Personen, die trotz konsequenter dreifacher Immunisierung unzureichend serologisch ansprechen, werden voraussichtlich in Kürze zugelassen. Diese werden jedoch anfänglich nur sehr begrenzt verfügbar sein. Überdies zeigt die Erfahrung, dass sich nur in wenigen Fällen Patientinnen und Patienten rechtzeitig für einen Therapiebeginn in Behandlung begeben. Die Antikörperpräparate müssen jedoch innerhalb von 7 Tagen nach dem ersten Auftreten von Symptomen infundiert oder injiziert werden um einen Therapieerfolg zu zeigen. Für die in Deutschland verfügbaren Virus-

tatika zur Reduktion des Risikos eines schweren Verlaufs einer COVID-19 Erkrankung, die oral eingenommen werden, weisen in-vitro-Untersuchungen darauf hin, dass sie gegen alle bisher für Deutschland bedeutsamen SARS-CoV-2-Varianten wirksam sind. Die verfügbaren antiviralen Arzneimittel sind jedoch gemäß Anwendungsgebiet auf Patienten mit einem erhöhtem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf von COVID-19 beschränkt sowie in ihrer Anwendung aufgrund des Nebenwirkungsprofils, der Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und ihrer limitierten Verfügbarkeit eingeschränkt. Arzneimittel können im Gegensatz zu Impfungen nur reaktiv nach erfolgter SARS-CoV-2 Diagnose angewendet werden und können daher im Gegensatz zu einer präventiven Impfung bei einer unerkannten oder zu spät erkannten SARS-CoV-2 Infektion nicht vor einem schweren Verlauf schützen. Die verfügbaren Therapieansätze sind damit nicht zur breiten Anwendung geeignet und machen eine Impfung mit sicheren und hochwirksamen Impfstoffen keinesfalls überflüssig.

In der Vergangenheit wurden bereits zahlreiche Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie ergriffen, die sich auf nahezu alle Lebensbereiche ausgewirkt haben. Spezifische Maßnahmen zur Steigerung der Impfquote, wie z. B. gezielte Aufklärung, förderten zwar die Impfbereitschaft in der Bevölkerung, konnten jedoch letztendlich nicht die für die Eindämmung des Virus erforderliche Wirkung erzielen. Als nächste zur Verfügung stehende Mittel bleiben die Stärkung der Grundimmunität der Bevölkerung über eine erweiterte Kommunikationsstrategie, eine flächendeckend noch individuellere und zielgerichtete Ansprache der Bevölkerung, sowie die Ausweitung von Impfangeboten und die mittelfristige Einführung einer allgemeinen Impfpflicht für alle Personen ab 18 Jahren, die im Bundesgebiet ihren gewöhnlichen Aufenthalt seit mindestens sechs Monaten.

Durch die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht für die Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 werden eine Überlastung des Gesundheitssystems verhindert und mögliche gesundheitliche Folgen einer Erkrankung deutlich reduziert. Damit werden auch Versorgungsengpässe vermieden, in denen im Hinblick auf alle entsprechend behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten über die Zuteilung limitierter Ressourcen, insbesondere von Intensivpflegeplätzen, entschieden werden müsste. Gleichzeitig kann durch hohe Durchimpfungsraten in der Bevölkerung und eine starke und anhaltende Immunantwort gegen zirkulierende SARS-CoV-2 Varianten das Risiko der Entstehung von Virusvarianten mit neuen Schadenspotentialen vermindert werden. Eine hohe Durchimpfung trägt zudem dazu bei, dass auf anderweitige Schutzmaßnahmen und die damit verbundenen Eingriffe in Grundrechte, wie in das Recht auf schulische Bildung, die freie Berufsausübung, die freie Ausübung von Kunst und Kultur, die Versammlungsfreiheit, die Freiheit der Religionsausübung, die allgemeine Handlungsfreiheit u.a. künftig möglichst verzichtet werden kann.Im Laufe der Pandemie ist die Qualität der Daten für eine präzise Erfassung der Impfquoten in unterschiedlichen Teilgruppen zunehmend schlechter geworden. Eine systematische Quote der Genesenen liegt darüber hinaus nicht vor. Daher bietet es sich an, die im Gesetz beabsichtigte systematische Erfassung der geimpften und genesenen Personen anonymisiert auszuwerten und für eine daraus resultierende Anpassung des Pandemiemanagements zu nutzen.

Eine hohe Durchimpfungsquote reduziert die Transmissionswahrscheinlichkeit und dient damit dem Schutz, insbesondere vulnerabler Gruppen. Zudem minimiert sie das Risiko schwerer Krankheitsverläufe. Sie trägt zur Entlastung des Gesundheitssystems sowie der Sicherstellung der Regelversorgung bei und reduziert die Wahrscheinlichkeit, dass erneut anderweitige bevölkerungsbezogene

Schutzmaßnahmen erforderlich werden, die mit erheblichen Eingriffen in grundrechtlich geschützte Freiheiten einhergehen würden. Die mit entsprechenden anderweitigen Schutzmaßnahmen verbundenen und gesellschaftlichen, psychosozialen und ökonomischen Konsequenzen für die Menschen in Deutschland können minimiert und im besten Fall vermieden werden.

B. Lösung

Zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und vulnerabler Gruppen und einer Wiedererlangung der Planbarkeit des öffentlichen und privaten Lebens werden Maßnahmen ergriffen um die Grundimmunität in der Bevölkerung nachhaltig zu steigern.

Hierzu wird in einem ersten Schritt die Impfkampagne ein weiteres Mal erweitert. Dazu werden insbesondere erstmals alle erwachsenen Personen persönlich kontaktiert und von ihren Krankenversicherungen über Beratungs- und Impfmöglichkeiten informiert. Darauf aufbauend wird in einem zweiten Schritt eine allgemeine Impfpflicht für Personen über 18 Jahre eingeführt. Die Kampagne wie auch die allgemeine Impfpflicht werden dabei so ausgestaltet, dass sichergestellt ist, dass alle Mitglieder der Gesellschaft erreicht werden.

Dies bedeutet, dass Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt seit mindestens sechs Monaten in der Bundesrepublik Deutschland haben und das 18. Lebensjahr vollendet haben, verpflichtet sind, ab dem 1. Oktober 2022 über einen Impf- oder Genesenennachweis zu verfügen und diesen auf Anforderung der zuständigen Behörde vorzulegen. Unabhängig davon sind Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, verpflichtet, ab dem 1. Oktober diesen Nachweis auf Anforderung ihrer Krankenkasse oder ihres Versicherers, bei dem sie privat krankenversichert sind, oder ihres Trägers der Heilfürsorge, vorzulegen.

Ausgenommen werden Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, oder die permanent oder vorübergehend nicht mit einem der zugelassenen und verfügbaren Impfstoffe gegen COVID-19 immunisiert werden können. Schwangere im ersten Trimenon sind ebenfalls ausgenommen. Abhängig vom Stand der medizinischen Wissenschaft ist eine Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2 unter bestimmten Umständen sorgsam nach ärztlichem Ermessen zu empfehlen.

Die Regelung wird vierteljährlich evaluiert und ist bis zum 31. Dezember 2023 befristet, um die mit der Impfpflicht in Zusammenhang stehenden Belastungen zu begrenzen.

C. Alternativen

Um eine Steigerung von Impfquoten zu erreichen, wurden von Bund und Ländern niedrigschwellige Impfangebote geschaffen. Diese wurden durch eine breitangelegte Aufklärungs- und Informationskampagne in Form von Plakat-, Radio-, Fernseh-, Internet- und Social Media-Werbung zur Corona-Schutzimpfung begleitet, die sich durch verschiedene Phasen auszeichnete und die sich an der Verfügbarkeit von Impfstoffen und tagesaktuellen Informationsbedürfnissen der Teilzielgruppen ausrichtete. Zudem wurde versucht, eine Steigerung der Impfquoten durch Veröffentlichungen einschlägiger Publikationen zu erreichen (siehe Brewer, N. T., Chapman, G. B., Rothman, A. J., Leask, J., & Kempe, A. (2017). Increasing vaccination: putting psychological science into action. Psychological Science in the Public Interest, 18(3), Betsch C, Böhm R, Chapman GB. Using Behavioral Insights to Increase Vaccination Policy Effectiveness. Policy Insights

from the Behavioral and Brain Sciences. 2015;2(1)). In den letzten Monaten zeigte sich, dass bislang noch ungeimpfte Personen durch die Impfkampagne nicht mehr ausreichend erreicht und mobilisiert werden können. Zwar haben sehr viele Menschen eine Auffrischimpfung in Anspruch genommen, die Zahl der täglichen Erst- und Zweit-Impfungen blieb jedoch auf einem geringen Niveau (10.000 bis40.000 pro Tag, Digitales Impfquoten-Monitoring). Zudem zeigen Umfragedaten, dass die Impfbereitschaft bei bisher ungeimpften Personen sehr gering ist. Daten der COSMO-Studie geben den Anteil derer, die sich nach derzeitigem Stand auf keinen Fall impfen lassen wollen, mit zuletzt 63 Prozent an.Die einrichtungsbezogene Impfpflicht stellt keine geeignete Alternative dar, da sie nur einen geringen Teil (ca. 5,67 Mio. Personen) der Bevölkerung betrifft und die damit verbundene Steigerung der Impfquote im Vergleich zur Einführung einer allgemeinen Impfpflicht eher gering ausfällt. Dies gilt im Ergebnis auch bei einer altersbezogenen Impfpflicht, die allein einen Teil der vulnerablen Personen treffen würde.

Ebenso stellen sog. Riegelungsimpfungen, die für bestimmte Erkrankungen in Ausbruchssettings durchgeführt werden, keine Alternative dar. Voraussetzung für deren Wirksamkeit ist, dass innerhalb kurzer Zeit durch Impfung möglichst vieler Kontaktpersonen sowohl der Ausbruch, die Weiterverbreitung als auch die individuelle Erkrankung unterbunden werden kann. Beides wäre angesichts des Impfschemas (mindestens 2 Dosen im Abstand von mind. 21 Tagen) und der Wirkweise der Impfstoffe (nur bedingt Verminderung der Transmission, insbesondere unter Omikron) für SARS-CoV-2 nicht oder nur mit Einschränkungen erfüllt. Im Ergebnis kämen solche Impfungen zu spät. Auch eine konditionierte Impfpflicht, die erst beim Auftreten neuer Belastungssituationen im Gesundheitswesen oder neuer Virusvarianten in Kraft gesetzt würde, kann aufgrund der erforderlichen Dauer für die gebotene dreifache Impfung (mindestens vier Monate) und der hohen Zahl ungeimpfter Menschen nicht rechtzeitig wirken.

Alternativ zur Abwicklung der Kontrolle des Impfstatus durch die Krankenkassen verbunden mit anlasslosen und anlassbezogenen Kontrollen, wurden die Möglichkeiten der Umsetzung durch umfassende Meldeverpflichtung der Bürger an zuständige Stellen, die die Daten der Bürger über die Melderegister erhalten, sowie die Umsetzung durch die Arbeitgeber in Betracht gezogen.

Eine Umsetzung primär über Arbeitgeber wurde nicht weiterverfolgt, da die Durchsetzung über die Arbeitgeber nur eine Teilmenge der Bevölkerung (30 Mio. abhängig Beschäftigte) und nicht alle Altersgruppen gleichmäßig erfassen würde.

Zwar könnten die zur Kontrolle einer allgemeinen Impfpflicht gegen COVID 19 erforderlichen Grunddaten impfnachweispflichtiger Personen (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum) grundsätzlich von den Meldebehörden an zuständige Stellen übermittelt werden. Neben den dafür erforderlichen Rechtsgrundlagen müsste allerdings auch eine entsprechende Infrastruktur sowohl für den Empfang als auch für die weitere Verarbeitung dieser Daten bei den dann zuständigen Stellen vorhanden sein oder geschaffen werden. Ein Rückgriff auf bereits vorhandene Strukturen und Stellen, die mit dem Umgang mit den besonders sensiblen Gesundheitsdaten bereits vertraut sind, scheint insoweit nicht nur unter zeitlichen Gesichtspunkten vorzugswürdig.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Der Gesetzentwurf bezweckt eine Steigerung der Impfquote im Personenkreis der Menschen über 18 Jahre. Durch den Gesetzentwurf werden unmittelbar keine zu-

sätzlichen Kosten geschaffen für Schutzimpfungen, die über die nach der Coronavirus-Impfverordnung für die Schutzimpfungen entstehenden Kosten hinausgehen.

Dem Bund entstehen Ausgaben in derzeit nicht quantifizierbarer Höhe durch die Erstattung der Aufwendungen der Kostenträger der Krankenversorgung für die Information aller Versicherten und die Prüfung des Immunitätsnachweises gegen COVID-19 nach § 20a IfSG. Die Höhe der Ausgaben ist von der konkreten Umsetzung des Erhebungsverfahrens in der Rechtsverordnung abhängig.

Bezüglich der Regelungen zur einrichtungsbezogenen Impflicht entstehen keine Kosten, die über die aufgrund der bisherigen Gesetzesfassung entstehenden Kosten hinausgehen.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Durch die Verpflichtung, den zuständigen Stellen auf Anforderung Nachweise im Sinne des § 20a Absätze 3 und 4 IfSG vorzulegen, entsteht für die Bürgerinnen und Bürger ein geringfügiger, nicht näher quantifizierbarer zeitlicher und gegebenenfalls geringfügiger finanzieller Aufwand. Um den Erfüllungsaufwand gering zu halten, werden digitale Lösungen und einfach handhabbare Übermittlungswege geprüft. Eine konkrete Berechnung ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich.

Gleiches gilt für die Verpflichtung der Bürgerinnen und Bürger, den nach § 20c IfSG zuständigen Stellen auf Anforderung Nachweise im Sinne des § 20a Absatz 3 IfSG vorzulegen.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Den Unternehmen der privaten Krankenversicherung entsteht durch die Information der Versicherten über Beratungs- und Impfmöglichkeiten und in Abhängigkeit von der im Verordnungswege erst noch zu regelnden Ausgestaltung des Verfahrens durch die Verpflichtung zur Anforderung und Überprüfung der Nachweise über den Impf- bzw. Genesenenstatus für ca. 7,1 Millionen volljährige Krankheitskostenvollversicherte sowie zur Informationsübermittlung an die Stellen nach § 20c IfSG ein Erfüllungsaufwand in nicht bezifferbarer Höhe. Der den privaten Krankenversicherungsunternehmen entstehende Aufwand wird aus Bundesmitteln erstattet.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Durch die Verpflichtung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die Krankheitskostenvollversicherten über die allgemeine Impfnachweispflicht sowie über Beratungs- und Impfangebote zu informieren, entstehen Bürokratiekosten in nicht quantifizierbarer Höhe.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

a) Bund

Im Bereich der Bundespolizei entsteht Erfüllungsaufwand durch die Information über Beratungs- und Impfmöglichkeiten sowie die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise von den Heilfürsorgeberechtigten der Bundespolizei sowie durch die Benachrichtigung der zuständigen Behörden in Höhe von rund 520.000 Euro.

b) Länder und Kommunen

Durch die gesetzliche Vorgabe, sich Immunitätsnachweise vorzeigen zu lassen bzw. Bußgeldverfahren durchzuführen, ergibt sich für die nach Landesrecht zu bestimmenden zuständigen Behörden ein nicht näher quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Durch die Anforderung und Prüfung der Impfnachweise und der Ausnahmetatbestände entsteht für die Länder im Rahmen der Kontrollen Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe.

Bezüglich der Regelungen zur einrichtungsbezogenen Impflicht entsteht kein über die bisherige Gesetzesfassung hinausgehender Erfüllungsaufwand.

c) Sozialversicherung

Den Krankenkassen entsteht durch die Information der Versicherten über Beratungs- und Impfmöglichkeiten und in Abhängigkeit von der im Verordnungswege erst noch zu regelnden Ausgestaltung des Verfahrens zur Anforderung und Überprüfung der Nachweise über den Impf- bzw. Genesenenstatus für rund 62 Mio. volljährige gesetzlich Krankenversicherte sowie zur Informationsübermittlung an die Stellen nach § 20c IfSG Erfüllungsaufwand in nicht bezifferbarer Höhe. Der den gesetzlichen Krankenkassen entstehende Erfüllungsaufwand wird aus Bundesmitteln erstattet.

d) Postbeamtenkrankenkasse

Der Postbeamtenkrankenkasse entsteht durch die Information der Versicherten über Beratungs- und Impfmöglichkeiten und in Abhängigkeit von der im Verordnungswege erst noch zu regelnden Ausgestaltung des Verfahrens zur Anforderung und Überprüfung der Nachweise über den Impf- bzw. Genesenenstatus für ihre Versicherten wie zur Informationsübermittlung an die Stellen nach § 20c Erfüllungsaufwand in derzeit nicht bezifferbarer Höhe. Der der Postbeamtenkrankenkasse entstehende Erfüllungsaufwand wird aus Bundesmitteln erstattet.

e) Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

Der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten entsteht durch die Information der Versicherten über Beratungs- und Impfmöglichkeiten und in Abhängigkeit von der im Verordnungswege erst noch zu regelnden Ausgestaltung des Verfahrens zur Anforderung und Überprüfung der Nachweise über den Impf- bzw. Genesenenstatus für ihre Mitglieder und die mitversicherten Angehörigen sowie zur Informationsübermittlung an die Stellen nach § 20c Erfüllungsaufwand in derzeit nicht bezifferbarer Höhe. Der der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten entstehende Erfüllungsaufwand wird aus Bundesmitteln erstattet.

F. Weitere Kosten

Aus den Maßnahmen des Gesetzes ergeben sich keine Auswirkungen auf das Preisniveau und auch keine nennenswerten Auswirkungen auf Einzelpreise.

Entwurf eines Gesetzes zur Aufklärung, Beratung und Impfung aller Volljährigen gegen SARS-CoV-2 (SARSCovImpfG)

Vom …

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

   a) Die Angaben zu den §§ 20a und 20b werden durch die folgenden Angaben ersetzt:

      „§ 20a Immunitätsnachweis gegen COVID-19 für Erwachsene, Verordnungsermächtigung

      § 20b Immunitätsnachweis gegen COVID-19 in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen

      § 20c Weiteres Verfahren; Verordnungsermächtigung

      § 20d Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2

      § 20e Befristung, Ermächtigung des Bundestages“.

   b) Die Angabe zu § 22 wird durch die folgenden Angaben ersetzt:

      „§ 22 Impf-, Genesenen- und Testdokumentation

      § 22a Impf-, Genesenen- und Testnachweis bei COVID-19; COVID-19-Zertifikate; Verordnungsermächtigung“.

   c) Nach der Angabe zu § 54b wird folgende Angabe eingefügt:

      „§ 54c Zwangsmittel“.

   d) Nach der Angabe zu § 73 wird folgende Angabe eingefügt:

      „§ 73a Anwendung des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten“.

2. Nach § 20 wird folgender § 20a eingefügt:

„§ 20a

Immunitätsnachweis gegen COVID-19 für Erwachsene, Verordnungsermächtigung

(1) Personen, die seit mindestens sechs Monaten ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben und das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind verpflichtet, ab dem 1. Oktober 2022 über einen Impf- oder Genesenennachweis nach § 22a Absatz 1 oder Absatz 2 zu verfügen. Hierüber sowie über Beratungs- und Impfangebote werden sie von den Stellen nach Absatz 4 Satz 1 spätestens zum 15. Mai 2022 informiert. Den gewöhnlichen Aufenthalt im Sinne des Satzes 1 hat eine Person in der Bundesrepublik Deutschland, wenn sie sich in der Bundesrepublik Deutschland unter Umständen aufhält, die erkennen lassen, dass sie in der Bundesrepublik Deutschland nicht nur vorübergehend verweilt oder zu verweilen beabsichtigt; ein gewöhnlicher Aufenthalt im Sinne des Satzes 1 liegt stets und von Beginn an vor, wenn ein

zeitlich zusammenhängender Aufenthalt von mehr als sechs Monaten in der Bundesrepublik Deutschland vorliegt oder geplant ist.

(2) Absatz 1 gilt nicht für,

1. Personen, die auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können und
2. Schwangere im ersten Schwangerschaftsdrittel.

Satz 1 gilt auch für bis sechs Monate nach Wegfall der dort genannten Tatbestände.

(3) Die zuständige Behörde kann ab dem 1. Oktober 2022 zur Überprüfung, ob die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 1 erfüllt wird, von jeder Person verlangen, dass ihr ein amtlicher Lichtbildausweis sowie folgender Nachweis vorgelegt wird:

1. ein Impf- oder Genesenennachweis nach § 22a Absatz 1 oder Absatz 2, oder
2. ein ärztliches Zeugnis darüber, dass sie sich im ersten Schwangerschaftsdrittel befinden, auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können oder bei ihnen in den letzten sechs Monaten ein solcher Tatbestand vorlag.

Behauptet eine Person bei einer Überprüfung nach Satz 1, nicht unter die Verpflichtung des Absatzes 1 Satz 1 zu fallen, weil sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, hat sie auf Anforderung der zuständigen Behörde einen amtlichen Lichtbildausweis zur Überprüfung ihres Alters vorzulegen. Behauptet eine Person bei einer Überprüfung nach Satz 1, nicht unter die Verpflichtung des Absatzes 1 Satz 1 zu fallen, weil sie nicht seit mindestens sechs Monaten ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland hat, hat sie auf Anforderung der zuständigen Behörde einen amtlichen Lichtbildausweis vorzulegen. In diesem Fall ist die zuständige Behörde zudem berechtigt, zu verlangen, dass diese Person glaubhaft macht, nicht seit mindestens sechs Monaten ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland zu haben. Widerspruch und Anfechtungsklage eine Satz 1 erlassene Anordnung haben keine aufschiebende Wirkung.

(4) Unabhängig von Kontrollen nach Absatz 3 sind Personen nach Absatz 1 Satz 1 ab dem 1. Oktober 2022 verpflichtet, einen Nachweis nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 gegenüber folgenden Stellen auf deren Anforderung hin vorzulegen:

1. der Krankenkasse, bei der sie gesetzlich krankenversichert sind oder die nach § 264 Absatz 1 oder Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Krankenbehandlung für sie übernommen hat,
2. dem Versicherer, bei dem sie privat krankenversichert sind,
3. dem Träger der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten oder der Postbeamtenkrankenkasse, soweit sie von diesem oder dieser Leistungen der Krankenversorgung erhalten, oder
4. dem Träger der Heilfürsorge, soweit sie von diesem Leistungen der Heilfürsorge erhalten und soweit sie keiner Duldungspflicht nach § 17a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Soldatengesetzes in Bezug auf eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 unterliegen.

Soweit ein nach Satz 1 vorgelegter Nachweis nach Absatz 3 Satz 1 nach dem 1. Oktober 2022 seine Gültigkeit auf Grund Zeitablaufs verliert, sind die betroffenen Personen verpflichtet, der Stelle nach Satz 1 einen neuen Nachweis nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 innerhalb eines Monats nach Ablauf der Gültigkeit des bisherigen Nachweises vorzulegen. Privat krankenversicherte Versicherungsnehmer sind verpflichtet, ihrem Versicherer auf Anforderung die Anschriften des gewöhnlichen Aufenthaltsortes mitversicherter Personen mitzuteilen.

(5) Wenn eine nach den Absätzen 3 und 4 verpflichtete Person unter rechtlicher Betreuung steht, hat deren Betreuer für die Einhaltung der diese Person nach den Absätzen 3 bis 4 treffenden Verpflichtungen zu sorgen, soweit die Erfüllung dieser Verpflichtungen zu seinem Aufgabenkreis gehört.

(6) Die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 werden verpflichtet, die Einhaltung der Verpflichtungen nach Absatz 4 für alle Personen nach Absatz 1 Satz 1, die bei ihnen versichert sind oder von ihnen versorgt werden, zu prüfen. Hierzu haben die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 personenbezogen die erforderlichen Nach-

weise nach Absatz 3 Satz 1 anzufordern, zu erheben, zu speichern und zumindest stichprobenhaft auf Echtheit und inhaltliche Richtigkeit zu prüfen. Die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 dürfen personenbezogene Daten nach Absatz 4 nur für Zwecke nach den Sätzen 1 und 2 im hierfür erforderlichen Umfang verarbeiten. Die Daten nach Satz 3 dürfen von den Stellen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1, 2 und 3 mit Daten des Versichertenverzeichnisses nach § 288 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder entsprechenden Datenbeständen bei den privaten Versicherungsunternehmen abgeglichen werden; eine Zusammenführung mit anderen Daten ist unzulässig. Die Daten nach Satz 3 dürfen nicht zu anderen als den in Satz 1 genannten Zwecken verarbeitet werden und sind zu löschen, sobald sie für Zwecke nach Satz 1 nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch am 31. Dezember 2023. Die den Stellen nach Absatz 4 Satz 1 nach diesem Absatz sowie nach den Absätzen 4 und 7 entstehenden Kosten werden aus Bundesmitteln erstattet.

(7) Die für die Anforderung nach Absatz 3 Satz 1 zuständige Behörde und die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 benachrichtigen die für das weitere Verfahren nach § 54 zuständige Behörde, in deren Bezirk die betroffene Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt begründet hat, und übermitteln an diese personenbezogene Angaben nach § 2 Nummer 16, wenn

1. ein Nachweis nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 entgegen der Verpflichtung nach Absatz 3 Satz 1 nicht gegenüber der nach Absatz 3 zuständigen Behörde auf deren Anforderung vorgelegt wird,
2. ein Nachweis nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 entgegen der Verpflichtung nach Absatz 4 Satz 1 oder 2 nicht gegenüber der zuständigen Stelle vorgelegt wird,
3. eine Mitteilung entgegen Absatz 4 Satz 3 nicht erfolgt,
4. Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit eines vorgelegten Nachweises bestehen, oder
5. eine Glaubhaftmachung nach Absatz 3 Satz 4 entgegen der Verpflichtung nach Absatz 3 Satz 4 nicht gegenüber der nach Absatz 3 zuständigen Behörde auf deren Anforderung erfolgt.

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbands der Privaten Krankenversicherung, der Träger der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten oder der Postbeamtenkrankenkasse und der Träger der Heilfürsorge durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln zu:

1. Vorgaben hinsichtlich des Vorlageverfahrens nach Absatz 4 Satz 1 und 2 und hinsichtlich des Benachrichtigungsverfahrens nach Absatz 7,
2. Vorgaben bezüglich der Anforderung nach Absatz 4 Satz 1,
3. der Errichtung und Ausgestaltung eines Portals zur Unterstützung der Stellen nach Absatz 4 Satz 1 bei ihren Aufgaben nach den Absätzen 4 und 6,
4. der Festsetzung technischer Verfahren und Systeme zur Unterstützung beim Verfahren nach Absatz 4, insbesondere zur Vorlage und Überprüfung der Nachweise nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2, sowie der Bereitstellung dieser Systeme durch Stellen nach Absatz 4 Satz 1 sowie durch den Bund,
5. der Ermittlung der nach Absatz 4, 6 und 7 entstehenden Kosten,
6. der Art und dem Umfang der Erstattung nach Absatz 6 Satz 6,
7. dem Verfahren der Erstattung aus Bundesmitteln nach Absatz 6 Satz 6,
8. Vorgaben hinsichtlich des Verfahrens nach Absatz 10, insbesondere zu den konkret zu übermittelnden Daten und zum Zeitpunkt der Datenübermittlung,
9. der Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 6 Satz 1 bis 5 und Absatz 7, nach Absatz 10 sowie im Verfahren einzubeziehender Bundeseinrichtungen, insbesondere des Robert Koch-Intituts bei der Anbindung bestehender technischer Systeme sowie des Portals nach Nummer 3,
10. der Möglichkeit der Miteinbeziehung von Validierungsdiensten im Rahmen der in Absatz 6 enthaltenen Aufgaben der Stellen nach Absatz 4 Satz 1 und

11. der Möglichkeit der Einbeziehung von Auftragsverarbeitern im Rahmen der in Absatz 6 und 7 vorgesehenen Datenverarbeitung.

(9) Abweichend von Absatz 6 dürfen Stellen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2 die von ihren Versicherten, Aufklärungsarbeit und Information erhobenen Daten nach Absatz 4 auch zur persönlichen Ansprache ihrer Versicherten bezüglich eines direkten Impfangebots nutzen. Sie dürfen diese Daten auch zum Zweck der Übermittlung in die elektronische Patientenakte abweichend von § 341 Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach § 350 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verarbeiten, wenn sie den Versicherten zuvor über die Übermittlung seiner Daten in die elektronische Patientenakte informiert haben und der Versicherte nicht widerspricht. Für die Information des Versicherten und die Widerspruchsmöglichkeit ist das Verfahren der Anforderung nach Absatz 6 zu nutzen. Bis zum 1. November 2022 haben die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2 sicherzustellen, erhobenen medizinischen Daten, insbesondere die Daten der elektronischen Zertifikate nach § 341 Absatz 2 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als Teil der elektronischen Patientenakte zur Verfügung gestellt werden können. Die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2 müssen Versicherten, die noch nicht über eine elektronische Patientenakte verfügen, eine elektronische Patientenakte in einem benutzerfreundlichen Verfahren einrichten. Die von dem Versicherten erhobenen Daten nach Absatz 4 dürfen bis zur Bereitstellung der elektronischen Patientenakte und Übermittlung der Daten in diese durch die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2 gespeichert werden.

(10) Abweichend von Absatz 6 übermitteln die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 personenbezogene Daten, die durch die Erfüllung der Nachweispflicht erhoben werden, für die in § 303e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Zwecke an das Forschungsdatenzentrum nach § 303d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die Regelungen des Datentransparenzverfahrens nach den §§ 303a bis 303f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind hierbei entsprechend anzuwenden.“

3. Der bisherige § 20a wird § 20b und wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 20b

Immunitätsnachweis gegen COVID-19 in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „entweder geimpfte oder genesene Personen im Sinne des § 2 Nummer 2 oder Nummer 4 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung sein“ durch die Wörter „über einen Impf- oder Genesenennachweis nach § 22a Absatz 1 oder Absatz 2 verfügen“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder die sich im ersten Schwangerschaftsdrittel befinden“ eingefügt.

c) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 werden die Wörter „im Sinne des § 2 Nummer 3 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung“ durch die Wörter „nach § 22a Absatz 1“ ersetzt.

bb) In Nummer 2 werden die Wörter „im Sinne des § 2 Nummer 5 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung oder“ durch die Wörter „nach § 22a Absatz 2,“ ersetzt.

cc) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. ein ärztliches Zeugnis darüber, dass sie sich im ersten Schwangerschaftsdrittel befinden oder“.

dd) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4.

d) Absatz 5 wird aufgehoben.

e) Absatz 6 wird Absatz 5.

f) Absatz 7 wird aufgehoben.

4. Nach dem neuen § 20b wird folgender § 20c eingefügt:

„§ 20c

Weiteres Verfahren; Verordnungsermächtigung

(1) Jede Person, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Bezirk der vom Land für das weitere Verfahren nach § 20a Absatz 7 Satz 1 bestimmten zuständigen Behörde hat, ist verpflichtet, auf deren Anforderung einen Nachweis nach § 20a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 vorzulegen, eine Glaubhaftmachung nach § 20a Absatz 3 Satz 4 zu erbringen zu erbringen oder eine Mitteilung nach § 20a Absatz 4 Satz 3 abzugeben. § 20a Absatz 5 gilt entsprechend.

(2) Die in § 20b Absatz 1 Satz 1 genannten Personen haben dem Gesundheitsamt oder der Stelle nach § 20b Absatz 2 Satz 3, in dessen oder deren Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet, auf Anforderung einen Nachweis nach § 20b Absatz 2 Satz 1 vorzulegen.

(3) Bestehen Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit eines vorgelegten Nachweises, so kann

1. die für das weitere Verfahren nach § 20a Absatz 6 Satz 1 bestimmte zuständige Behörde, in deren Bezirk die betroffene Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort hat, oder

2. das Gesundheitsamt oder die Stelle nach § 20b Absatz 2 Satz 3, in dessen oder deren Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet,

eine ärztliche Untersuchung der betroffenen Person dazu anordnen, ob die betroffene Person auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden kann. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen eine nach Satz 1 erlassene Anordnung haben keine aufschiebende Wirkung. § 20a Absatz 5 gilt entsprechend.

(4) Das Gesundheitsamt oder die Stelle nach § 20b Absatz 2 Satz 3, in deren Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet, kann einer Person, die trotz der Anforderung nach Absatz 2 keinen Nachweis nach § 20b Absatz 2 Satz 1 innerhalb einer angemessenen Frist vorlegt oder der Anordnung einer ärztlichen Untersuchung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 nicht Folge leistet, untersagen, dass sie die dem Betrieb einer in § 20b Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtung oder eines in § 20b Absatz 1 Satz 1 genannten Unternehmens dienenden Räume betritt oder in einer solchen Einrichtung oder einem solchen Unternehmen tätig wird. Widerspruch und Anfechtungsklage eine Satz 1 erlassene Anordnung haben keine aufschiebende Wirkung.

(5) Das Gesundheitsamt oder die Stelle nach § 20b Absatz 2 Satz 3, in dessen oder deren Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen nach § 20b Absatz 1 Satz 1 befindet, übermittelt ab dem 1. Oktober 2022 der für das weitere Verfahren nach § 20a Absatz 7 Satz 1 bestimmten zuständigen Behörde, in deren Bezirk die betroffene Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort hat, die für das weitere Verfahren erforderlichen personenbezogenen Angaben nach § 2 Nummer 16. Bußgeldverfahren und Verwaltungszwangsverfahren sind ab dem 1. Oktober 2022 ausschließlich durch die nach § 20a Absatz 7 Satz 1 bestimmte zuständige Behörde, in deren Bezirk die betroffene Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort hat, durchzuführen.

(6) Bevor Maßnahmen nach Absatz 4 ergriffen oder ein Verwaltungszwangsverfahren eingeleitet werden, ist die betroffene Person auf die Möglichkeit einer Impfberatung und einer kostenlosen Schutzimpfung hinzuweisen und ist ihr Gelegenheit zu geben, einen Nachweis innerhalb einer angemessenen Frist vorzulegen. Sobald ein Nachweis nach § 20a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 oder nach § 20b Absatz 2 Satz 1 vorgelegt wird, ist die Maßnahme nach Absatz 4 aufzuheben und das Verwaltungszwangsverfahren oder das Bußgeldverfahren mit sofortiger Wirkung einzustellen.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorgaben hinsichtlich des Übermittlungsverfahrens sowie für die Verarbeitung personenbezogener Daten nach den Absätzen 1 und 2 festzulegen."

5. Der bisherige § 20b wird § 20d.

6. Nach § 20d wird folgender § 20e eingefügt:

„§ 20e

Befristung, Ermächtigung des Bundestages zur Verlängerung, Evaluierung

(1) Die §§ 20a bis § 20d gelten bis zum Ablauf des 31. Dezember 2023.

(2) Der Deutsche Bundestag kann durch im Bundesgesetzblatt bekanntzumachenden Beschluss die Geltung der §§ 20a bis § 20d aufheben oder die Frist nach Absatz 1 um jeweils bis zu ein Jahr verlängern.

(3) Die Bundesregierung evaluiert die Regelungen der §§ 20a bis 20d bis zur Aufhebung ihrer Geltung quartalsweise und berichtet an den Deutschen Bundestag."

7. § 22 wird wie folgt geändert:

   a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 22

Impf-, Genesenen- und Testdokumentation".

   b) Die Absätze 5 bis 7 werden aufgehoben.

8. Nach § 22 wird folgender § 22a eingefügt:

„§ 22a

Impf-, Genesenen- und Testnachweis bei COVID-19; COVID-19-Zertifikate; Verordnungsermächtigung

(1) Ein Impfnachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens eines vollständigen Impfschutzes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form. Ein vollständiger Impfschutz gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 liegt vor, wenn

1. die zugrundeliegenden Einzelimpfungen mit einem von der Europäischen Union zugelassenen Impfstoff, mit verschiedenen von der Europäischen Union zugelassenen oder mit äquivalenten Impfstoffen oder mit in einer Rechtsverordnung nach Absatz 4 bestimmten Impfstoffen erfolgt sind,

2. insgesamt drei Einzelimpfungen erfolgt sind und

3. die letzte Einzelimpfung mindestens drei Monate nach der zweiten Einzelimpfung erfolgt ist.

Abweichend von Satz 2 Nummer 2 liegt ein vollständiger Impfschutz auch bei zwei Einzelimpfungen vor, wenn

1. die betroffene Person einen bei ihr durchgeführten spezifischen positiven Antikörpertest in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form nachweisen kann und dieser Antikörpertest zu einer Zeit erfolgt ist, zu der die betroffene Person noch keine Einzelimpfung gegen COVID-19 erhalten hatte,

2. die betroffene Person mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert gewesen ist, sie diese Infektion mit einem Testnachweis über einen direkten Erregernachweis nachweisen kann, und die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung

a) auf einer Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) beruht sowie

b) zu einer Zeit erfolgt ist, zu der die betroffene Person noch nicht die zweite Impfdosis gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erhalten hat, oder

3. die betroffene Person sich nach Erhalt der zweiten Impfdosis mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert hat, sie diese Infektion mit einem Testnachweis über einen direkten Erregernachweis nachweisen kann und die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung

a) auf einer Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) beruht sowie

b) seit dem Tag der Durchführung der dem Testnachweis zugrundeliegenden Testung 28 Tage vergangen sind.

Abweichend von Satz 2 Nummer 2 liegt ein vollständiger Impfschutz bis zum 30. September 2022 auch bei zwei Einzelimpfungen vor. Abweichend von Satz 3 liegt in den dort genannten Fällen ein vollständiger Impfschutz bis zum 30. September 2022 auch bei einer Einzelimpfung vor, an die Stelle der zweiten Einzelimpfung tritt die erste Einzelimpfung.

(2) Ein Genesenennachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens eines durch vorherige Infektion erworbenen Immunschutzes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form, wenn

1. die vorherige Infektion durch einen direkten Erregernachweis nachgewiesen wurde und

2. die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion mindestens 28 Tage und höchstens 90 Tage zurückliegt.

(3) Ein Testnachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Nichtvorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form,

1. soweit die Testung im Inland erfolgt ist,

die zugrundeliegende Testung durch In-vitro-Diagnostika erfolgt ist, die für den direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bestimmt sind oder auf Grund ihrer CE-Kennzeichnung oder auf Grund einer gemäß § 11 Absatz 1 des Medizinproduktegesetzes erteilten Sonderzulassung verkehrsfähig sind, die zugrundeliegende Testung maximal 24 Stunden zurückliegt und

a) vor Ort unter Aufsicht desjenigen stattfindet, der der jeweiligen Schutzmaßnahme unterworfen ist,

b) im Rahmen einer betrieblichen Testung im Sinne des Arbeitsschutzes durch Personal, das die dafür erforderliche Ausbildung oder Kenntnis und Erfahrung besitzt, erfolgt,

c) von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommen oder vor Ort überwacht wurde, oder

2. soweit die Testung im Ausland erfolgt ist,

a) von einer nach dem Recht des jeweiligen Staates befugten Stelle vorgenommen oder überwacht wurde und

b) durch In-vitro-Diagnostika erfolgt ist, die für den direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bestimmt sind, und

aa) zum Zeitpunkt oder zum geplanten Zeitpunkt der Einreise in die Bundesrepublik maximal 48 Stunden zurückliegt, oder

bb) sofern eine Einreise mittels Beförderer stattfindet und die Testung mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-NAAT oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) erfolgt ist, zum Zeitpunkt oder zum geplanten Zeitpunkt des Beginns der Beförderung maximal 48 Stunden zurückliegt.

(4) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates von den Absätzen 1 bis 3 abweichende Anforderungen an einen Impf-, einen Genesenen- und einen Testnachweis zu regeln, sofern diese abweichenden Anforderungen für die jeweils betroffenen Personen vorteilhaft sind. In der Rechtsverordnung darf die Bundesregierung

1. hinsichtlich des Impfnachweises abweichend von Absatz 1 regeln:

   a) die Intervallzeiten,

      aa) die nach jeder Einzelimpfung für einen vollständigen Impfschutz abgewartet werden müssen und

      bb) die zwischen den Einzelimpfungen liegen dürfen,

   b) die Zahl und mögliche Kombination der Einzelimpfungen für einen vollständigen Impfschutz und

   c) weitere Impfstoffe, deren Verwendung für einen Impfnachweis im Sinne des Absatzes 1 anerkannt werden,

2. hinsichtlich des Genesenennachweises abweichend von Absatz 2 regeln:

   a) weitere Nachweismöglichkeiten, mit der die vorherige Infektion nachgewiesen werden kann,

   b) die Zeit, die nach der Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion vergangen sein muss,

   c) die Zeit, die die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion zurückliegen darf,

3. hinsichtlich des Testnachweises abweichend von Absatz 3 regeln:

weitere Nachweismöglichkeiten, mit der die vorherige Infektion nach-gewiesen worden sein kann.

(5) Zusätzlich zu der Impfdokumentation ist auf Wunsch der geimpften Person die Durchführung einer Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Impfzertifikat) durch folgende Personen zu bescheinigen:

1. durch die zur Durchführung der Schutzimpfung berechtigte Person oder

2. nachträglich von jedem Arzt oder Apotheker.

Die Verpflichtung nach Satz 1 Nummer 2 besteht nur, wenn dem Arzt oder Apotheker eine Impfdokumentation über eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 vorgelegt wird und er sich zum Nachtrag unter Verwendung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung der Ausstellung eines unrichtigen COVID-19-Impfzertifikats, insbesondere, um die Identität der geimpften Person und die Authentizität der Impfdokumentation nachzuprüfen, bereit erklärt hat. Zur Erstellung des COVID-19-Impfzertifikats übermittelt die zur Bescheinigung der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 verpflichtete Person die in § 22 Absatz 2 Satz 1 und § 22 Absatz 4 genannten personenbezogenen Daten an das Robert Koch-Institut, das das COVID-19-Impfzertifikat technisch generiert. Das Robert Koch-Institut ist befugt, die zur Erstellung und Bescheinigung des COVID-19-Impfzertifikats erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten.

(6) Die Durchführung oder Überwachung einer Testung in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 ist auf Wunsch der betroffenen Person in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Genesenenzertifikat) zu bescheinigen:

1. durch die zur Durchführung oder Überwachung der Testung berechtigte Person oder

2. nachträglich von jedem Arzt oder Apotheker.

Die Verpflichtung nach Satz 1 Nummer 2 besteht nur, wenn dem Arzt oder Apotheker eine Testdokumentation in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 vorgelegt wird und er sich zum Nachtrag unter Verwendung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung der Ausstellung eines unrichtigen COVID-19-Genesenenzertifikats, insbesondere, um die Identität der getesteten Person und die Authentizität der Testdokumentation nachzuprüfen, bereit erklärt hat. Zur Erstellung des COVID-19-Genesenenzertifikats

übermittelt die zur Bescheinigung der Testung in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 verpflichtete Person folgende Daten an das Robert Koch-Institut, das das COVID-19-Genesenenzertifikat technisch generiert:

3. den Namen der getesteten Person, ihr Geburtsdatum,

4. das Datum der Testung und

5. Angaben zur Testung, einschließlich der Art der Testung, und zum Aussteller.

Absatz 5 Satz 4 gilt entsprechend.

(7) Die Durchführung oder Überwachung einer Testung in Bezug auf einen negativen Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 ist auf Wunsch der getesteten Person durch die zur Durchführung oder Überwachung der Testung berechtigte Person in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Testzertifikat) zu bescheinigen. Zur Erstellung des COVID-19-Testzertifikats übermittelt die zur Bescheinigung verpflichtete Person folgende Daten an das Robert Koch-Institut, das das COVID-19-Testzertifikat technisch generiert:

1. den Namen der getesteten Person, ihr Geburtsdatum,

2. das Datum der Testung und

3. Angaben zur Testung, einschließlich der Art der Testung, und zum Aussteller.

Absatz 5 Satz 4 gilt entsprechend.“

9. § 28b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „geimpfte Personen, genesene Personen oder getestete Personen im Sinne des § 2 Nummer 2, Nummer 4 oder Nummer 6 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung sind und“ durch das Wort „über“ und werden die Wörter „§ 2 Nummer 3, Nummer 5 oder Nummer 7 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung“ durch die Wörter „§ 22a Absatz 1, Absatz 2 oder Absatz 3“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „§ 2 Nummer 7 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung“ durch die Wörter „§ 22a Absatz 3“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „getestete Personen im Sinne des § 2 Nummer 6 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung sind und“ gestrichen und werden nach dem Wort „Testnachweis“ die Wörter „nach § 22a Absatz 3“ eingefügt.

bb) In Satz 4 und Satz 5 werden die Wörter „geimpfte Personen oder genesene Personen im Sinne des § 2 Nummer 2 oder Nummer 4 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung sind“ jeweils durch die Wörter „über einen Impfnachweis oder Genesenennachweis nach § 22a Absatz 1 oder Absatz 2 verfügen“ ersetzt.

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „geimpfte Personen, genesene Personen oder getestete Personen im Sinne des § 2 Nummer 2, Nummer 4 oder Nummer 6 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung sind“ durch die Wörter „über einen Impfnachweis, Genesenennachweis oder Testnachweis nach § 22a Absatz 1, Absatz 2 oder Absatz 3 verfügen“ ersetzt.

bb) In Satz 4 werden die Wörter „im Sinne des § 2 Nummer 3, Nummer 5 oder Nummer 7 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung“ durch die Wörter „nach § 22a Absatz 1, Absatz 2 oder Absatz 3“ ersetzt.

10. Nach § 54b wird folgender § 54c eingefügt:

„§ 54c

Zwangsmittel

Zur Durchsetzung einer Anforderung nach § 20c Absatz 1 und Absatz 2 ist ausschließlich das Zwangsmittel des Zwangsgeldes zulässig. Im Falle der Uneinbringlichkeit des Zwangsgeldes nach Satz 1 ist die Anordnung von Ersatzzwangshaft oder Erzwingungshaft ausgeschlossen."

11. § 73 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

        aa) Nach Nummer 7d werden die folgenden Nummern 7e bis 7g eingefügt:

            „7e. einer vollziehbaren Anordnung nach § 20a Absatz 3 Satz 1 zuwiderhandelt,

            7f. entgegen § 20a Absatz 4 Satz 1 oder 2 einen Nachweis nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt,

            7g. entgegen § 20a Absatz 5, auch in Verbindung mit § 20c Absatz 1 Satz 1, nicht dafür sorgt, dass eine dort genannte Verpflichtung eingehalten wird,".

        bb) Die bisherige Nummer 7e wird Nummer 7h und die Angabe „20a" wird durch die Angabe „§ 20b" ersetzt.

        cc) Die bisherige Nummer 7f wird Nummer 7i und die Angabe „§ 20a Absatz 2" wird durch die Angabe „§ 20b Absatz 2" ersetzt und werden die Wörter „§ 20a Absatz 5 Satz 3" durch die Wörter „§ 20c Absatz 4 Satz 1" ersetzt.

        dd) Die bisherige Nummer 7g wird Nummer 7j und die Angabe „20a" wird durch die Angabe „§ 20b" ersetzt.

        ee) Die bisherige Nummer 7h wird Nummer 7k und wie folgt gefasst:

            „7k. entgegen § 20c Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 einen dort genannten Nachweis nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt, eine dort genannte Glaubhaftmachung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erbringt oder eine dort genannte Mitteilung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig abgibt,".

    b) In Absatz 2 wird die Angabe „7h" durch die Angabe „7k" ersetzt.

12. Nach § 73 wird folgender § 73a eingefügt:

„§ 73a

Anwendung des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten

In den Fällen des § 73 Absatz 1a Nummer [7e, 7f, 7g und]7k ist

1. § 47 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 Satz 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten mit der Maßgabe anzuwenden, dass das Verfahren einzustellen ist, sobald ein Nachweis nach § 20a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 oder nach § 20b Absatz 2 Satz 1 vorgelegt wird,
2. § 96 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten nicht anzuwenden,
3. eine Anordnung der Erzwingungshaft nach § 802g ZPO zur Abgabe einer Vermögensauskunft ausgeschlossen.

Abweichend von § 47 Absatz 2 Satz 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten ist die Zustimmung der Staatsanwaltschaft in den Fällen des Satzes 1 Nummer 1 nicht erforderlich."

13. In § 75a Absatz 1 Nummer 2 wird die Angabe „§ 22“ durch die Angabe „§ 22a“ ersetzt.

Artikel 2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 284 Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuchs“ die Wörter „oder nach § 20a des Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.
2. Nach § 303b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

   „3a. Angaben zur Erfüllung der COVID-19-Nachweispflicht nach § 20a des Infektionsschutzgesetzes,“.
3. § 341 Absatz 2 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

   „5. Daten der Impfdokumentation nach § 22 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes (elektronische Impfdokumentation) sowie Daten des COVID-19-Impfzertifikats und des COVID-19-Gensenenzertifikats nach § 22a Absatz 5 und 6 des Infektions-schutzgesetzes (elektronische Zertifikate),“.
4. § 342 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

   „a) die Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 2 bis 5, mit Ausnahme der Daten der elektronischen Zertifikate, die spätestens ab dem 1. November 2022 zur Verfügung gestellt werden müssen, sowie die Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 7, 8 und 11 zur Verfügung gestellt werden können;“.
5. Nach § 350 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

   „(1a) Versicherte haben ab dem 1. November 2022 einen Anspruch darauf, dass die Krankenkasse Daten des Versicherten nach § 341 Absatz 2 Nummer 5 des COVID-19-Impfzertifikats und des COVID-19-Genesenenzertifikats nach § 22 Absatz 5 und 6 des Infektionsschutzgesetzes, die diese über § 20a Absatz 4 des Infektionsschutzgesetzes erlangt hat, über den Anbieter der elektronischen Patientenakte in die elektronische Patientenakte nach § 341 übermittelt und dort speichert, sofern sie im Rahmen der Anforderung der Nachweise nach § 20a Absatz 6 des Infektionsschutzgesetzes dieser Übermittlung nicht widersprochen haben.“

Artikel 3

Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

Die Artikel 2 und 23 Absatz 4 des Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S.5162) werden aufgehoben.

Artikel 4

Einschränkung von Grundrechten

Durch Artikel 1 Nummer 2 bis 4 wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

Artikel 5

Änderung der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung

§ 2 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung vom 8. Mai 2021 (BAnz AT 08.05.2021 V1), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 14. Januar 2022 (BAnz AT 14.01.2022 V1) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 2 werden nach dem Wort „Impfnachweises“ die Wörter „im Sinne von § 22a Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.
2. Nummer 3 wird aufgehoben.
3. In Nummer 4 werden nach dem Wort „Genesenennachweises“ die Wörter „im Sinne von § 22a Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.
4. Nummer 5 wird aufgehoben.
5. In Nummer 6 Buchstabe b werden nach dem Wort „Testnachweises“ die Wörter „im Sinne von § 22a Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.
6. Nummer 7 wird aufgehoben.

Artikel 6

Änderung der Coronavirus-Einreiseverordnung

§ 2 der Coronavirus-Einreiseverordnung vom 28. September 2021 (BAnz AT 29.09.2021 V1), die zuletzt durch Artikel X der Verordnung vom [einzusetzen: Ausfertigungsdatum] (BAnz AT [einzusetzen: Datum der Verkündung] V1) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 5 werden nach dem Wort „Testnachweises“ die Wörter „im Sinne von § 22a Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.
2. Nummer 6 wird aufgehoben.
3. In Nummer 7 werden nach dem Wort „Genesenennachweises“ die Wörter „im Sinne von § 22a Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.
4. Nummer 8 wird aufgehoben.
5. In Nummer 9 werden nach dem Wort „Impfnachweises“ die Wörter „im Sinne von § 22a Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.
6. Nummer 10 wird aufgehoben.

Artikel 7

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Berlin, den 3. März 2022

Heike Baehrens
Dr. Janosch Dahmen
Katrin Helling-Plahr
Dagmar Schmidt (Wetzlar)
Dr. Till Steffen
Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann
Dirk Wiese
Sanae Abdi
Stephanie Aeffner
Reem Alabali-Radovan
Dagmar Andres
Niels Annen
Andreas Audretsch
Lisa Badum
Annalena Baerbock
Ulrike Bahr
Daniel Baldy
Karl Bär
Nezahat Baradari
Katharina Beck
Dr. Holger Becker
Jürgen Berghahn
Bengt Bergt
Jakob Blankenburg
Dr. Franziska Brantner
Leni Breymaier
Agnieszka Brugger
Frank Bsirske
Isabel Cademartori Dujisin
Dr. Lars Castellucci
Dr. Anna Christmann
Jürgen Coße
Bernhard Daldrup
Ekin Deligöz
Hakan Demir
Dr. Sandra Detzer
Martin Diedenhofen
Jan Dieren
Sabine Dittmar
Anke Domscheit-Berg
Felix Döring
Katharina Dröge
Falko Droßmann
Deborah Düring
Axel Echeverria
Sonja Eichwede
Marcel Emmerich
Heike Engelhardt
Dr. Wiebke Esdar
Saskia Esken
Yasmin Fahimi
Emilia Fester
Sebastian Fiedler
Dr. Edgar Franke
Schahina Gambir
Manuel Gava
Kai Gehring
Stefan Gelbhaar
Martin Gerster
Dr. Jan-Niclas Gesenhues
Angelika Glöckner
Katrin Göring-Eckardt
Dr. Armin Grau
Timon Gremmels
Kerstin Griese
Uli Grötsch
Erhard Grundl
Dr. Robert Habeck
Bettina Hagedorn
Rita Hagl-Kehl
Britta Haßelmann
Hubertus Heil (Peine)
Frauke Heiligenstadt
Linda Heitmann
Kathrin Henneberger
Anke Hennig
Nadine Heselhaus
Dr. Anton Hofreiter
Bruno Hönel
Jasmina Hostert
Verena Hubertz
Frank Junge

Josip Juratovic
Oliver Kaczmarek
Elisabeth Kaiser
Dr. Kirsten Kappert-Gonther
Macit Karaahmetoğlu
Carlos Kasper
Anna Kassautzki
Gabriele Katzmarek
Rainer Johannes Keller
Michael Kellner
Dr. Franziska Kersten
Misbah Khan
Sven-Christian Kindler
Helmut Kleebank
Maria Klein-Schmeink
Lars Klingbeil
Annika Klose
Tim Klüssendorf
Dr. Bärbel Kofler
Chantal Kopf
Anette Kramme
Dunja Kreiser
Oliver Krischer
Christian Kühn (Tübingen)
Renate Künast
Ricarda Lang
Dr. Karl Lauterbach
Sven Lehmann
Sylvia Lehmann
Kevin Leiser
Steffi Lemke
Esra Limbacher
Helge Lindh
Dr. Tobias Lindner
Denise Loop
Bettina Lugk
Dr. Anna Lührmann
Dr. Tanja Machalet
Erik Malottki
Kaweh Mansoori
Dr. Zanda Martens
Dorothee Martin
Parsa Marvi
Katja Mast
Zoe Mayer
Andreas Mehltretter
Takis Mehmet Ali
Susanne Menge
Robin Mesarosch
Matthias David Mieves
Dr. Irene Mihalic
Boris Mijatović
Susanne Mittag
Cornelia Möhring
Falko Mohrs
Claudia Moll
Siemtje Möller
Detlef Müller (Chemnitz)
Michael Müller
Beate Müller-Gemmeke
Dr. Rolf Mützenich
Sara Nanni
Rasha Nasr
Brian Nickholz
Dietmar Nietan
Omid Nouripour
Jörg Nürnberger
Lennard Oehl
Josephine Ortleb
Karoline Otte
Mahmut Özdemir (Duisburg)
Dr. Christos Pantazis
Mathias Papendieck
Natalie Pawlik
Jens Peick
Dr. Andreas Philippi
Jan Plobner
Sabine Poschmann
Achim Post (Minden)
Dr. Anja Reinalter
Martina Renner
Ye-One Rhie
Andreas Rimkus
Sönke Rix
Dennis Rohde
Sebastian Roloff
Dr. Martin Rosemann
Jessica Rosenthal
Claudia Roth (Augsburg)
Michael Roth (Heringen)
Tina Rudolph
Bernd Rützel
Sarah Ryglewski
Dr. h. c. Thomas Sattelberger
Axel Schäfer (Bochum)
Ingo Schäfer
Jamila Schäfer
Dr. Sebastian Schäfer
Rebecca Schamber
Dr. Nina Scheer
Marianne Schieder
Udo Schiefner
Peggy Schierenbeck
Timo Schisanowski
Christoph Schmid
Dr. Nils Schmid
Stefan Schmidt
Uwe Schmidt
Carsten Schneider (Erfurt)
Daniel Schneider

Olaf Scholz
Marlene Schönberger
Johannes Schraps
Christian Schreider
Christina-Johanne Schröder
Michael Schrodi
Svenja Schulze
Frank Schwabe
Stefan Schwartze
Rita Schwarzelühr-Sutter
Dr. Lina Seitzl
Melis Sekmen
Nyke Slawik
Nina Stahr
Dr. Ralf Stegner
Hanna Steinmüller
Nadja Sthamer
Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn
Ruppert Stüwe
Claudia Tausend
Markus Töns
Jürgen Trittin
Derya Türk-Nachbaur
Dr. Julia Verlinden
Kathrin Vogler
Robin Wagener
Dr. Carolin Wagner
Johannes Wagner
Beate Walter-Rosenheimer
Carmen Wegge
Melanie Wegling
Dr. Joe Weingarten
Saskia Weishaupt
Lena Werner
Bernd Westphal
Tina Winklmann
Gülistan Yüksel
Stefan Zierke
Dr. Jens Zimmermann
Armand Zorn
Katrin Zschau

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) gehört zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. Alle Bevölkerungsteile sind in Deutschland von der Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 direkt oder indirekt betroffen. Bisher wurde Deutschland von insgesamt vier Infektionswellen mit SARS-CoV-2 erfasst, eine fünfte Welle hat Anfang 2022 begonnen. Bislang wurden in allen Infektionswellen bevölkerungsbezogene Schutzmaßnahmen getroffen, die mit teilweise erheblichen Einschränkungen des öffentlichen und privaten Lebens verbunden waren.

Das epidemiologische Geschehen in Deutschland wird derzeit von der Omikron-Variante dominiert. Über diese Variante wurde zuerst am 24. November 2021 vom südafrikanischen Gesundheitsministerium berichtet, sie wurde am 26. November 2021 von der WHO zur Besorgniserregende Virusvarianten (variants of concern, VOC) erklärt. Diese Variante zeichnet sich unter anderem durch eine kürzere Inkubationszeit und kürzere Generationszeit aus Pearson, C.A.B., Silal, S.P., Li, M.W.Z., Dushoff, J., Bolker, B.M., Abbott, S., van Schalkwyk, C., Davies, N.G., Barnard, R.C., Edmunds, W.J., et al. (2021b). Bounding the levels of transmissibility & immune evasion of the Omicron variant in South Africa. medRxiv, 2021.2012.2019.21268038; Brandal, L.T., MacDonald, E., Veneti, L., Ravlo, T., Lange, H., Naseer, U., Feruglio, S., Bragstad, K., Hungnes, O., Odeskaug, L.E., et al. (2021). Outbreak caused by the SARS-CoV-2 Omicron variant in Norway, November to December 2021. Euro Surveill 26; Hwang, H., Lim, J.S., Song, S.A., Achangwa, C., Sim, W., Kim, G., and Ryu, S. (2021). Transmission dynamics of the Delta variant of SARS-CoV-2 infections in South Korea. J Infect Dis.; Kim, D., Jo, J., Lim, J.-S., and Ryu, S. (2021). Serial interval and basic reproduction number of SARS-CoV-2 Omicron variant in South Korea. medRxiv, 2021.2012.2025.21268301). Die Gefährdung durch COVID-19 für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland wird unter der Omikron-Variante, die sich deutlich schneller und effektiver verbreitet als die bisherigen Virusvarianten, als sehr hoch eingeschätzt. (Die Risikobewertung des RKI ist abzurufen unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikobewertung.html;jsessionid=A6C743EEA7913DF8217C8769F5FA25B1.internet091?nn=2386228). Zwar führt sie zu milderen Krankheitsverläufen, da zumeist nur die oberen Atemwege angegriffen werden. Aufgrund der hohen Fallzahlen infolge der insgesamt stark gestiegenen Ansteckungszahlen und Inzidenzen führt jedoch auch ein geringerer Anteil schwerer Erkrankungen und Hospitalisierungen zu einer sehr großen absoluten Zahl von Krankheitsfällen. Insgesamt ist das Risiko für einen schweren Verlauf bei einer Omikron-Infektion geringer. Das Risiko für eine Krankenhauseinweisung nach einer Omikron-Infektion hat sich mehreren Studien zufolge mehr als halbiert (Joseph A. Lewnard, Vennis X. Hong, Manish M. Patel, Rebecca Kahn, Marc Lipsitch, Sara Y. Tartof; doi: https://doi.org/10.1101/2022.01.11.22269045, online verfügbar unter https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.11.22269045v1). Obgleich die Infektion mit der Omikron-Variante seltener zu schweren COVID-19-Erkrankungen führt, kann die beträchtliche Zunahme an Infektionen trotzdem zu einem Anstieg der Hospitalisierungen führen. Dies gilt insbesondere für den ungeimpften Teil der Bevölkerung, der auch bei der Omikron-Variante stärker von Infektionen, schweren Erkrankungen und Hospitalisierungen betroffen ist, als der geimpfte Teil der Bevölkerung. Im Falle des Auftretens neuer Varianten, die infektiöser und ggf. pathogener als die derzeit zirkulierende Omikron-Variante sein könnten, besteht weiterhin ein Risiko der Überlastung des Gesundheitssystems insbesondere im kommenden Herbst und Winter. Einerseits kommt es in den Herbst- und Wintermonaten erfahrungsgemäß stets zu einem starken Anstieg an Atemwegserkrankungen (und nach den Erfahrungen der Winter 2020/2021 und 2021/2022 insbesondere von COVID-19) und andererseits ist nicht prognostizierbar, welche Virusvariante im Herbst/Winter 2022/2023 vorherrschend sein wird.

Zur Prävention stehen gut verträgliche, sichere und hochwirksame Impfstoffe zur Verfügung. Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 schützen die geimpfte Person wirksam vor einer Erkrankung und insbesondere vor schweren Krankheitsverläufen .

Zum einen belegen Daten aus Zulassungsstudien wie auch aus Untersuchungen im Rahmen der breiten Anwendung (Beobachtungsstudien) , dass die in Deutschland zur Anwendung kommenden COVID-19-Impfstoffe symptomatisch und asymptomatisch verlaufende SARS-CoV-2 Infektionen in einem erheblichen Maße verhindern (Begründungstexte der STIKO zu den COVID-19-Impfempfehlungen abzurufen unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Impfempfehlung-Zusfassung.html;jsessionid=830E4F2842DB56B05D9816913D68DA82.internet062).

Die Schutzwirkung einer zweimaligen Impfserie vor schweren Krankheitsverläufen nimmt im Zeitverlauf ab und ist unter der derzeit dominierenden Omikron-Variante deutlich abgeschwächt. Es zeigt sich jedoch, dass zum anderen nach erfolgter dritter Impfung (Auffrischimpfung) erneut eine hohe bis sehr hohe Schutzwirkung nicht nur gegenüber symptomatischer Infektion, sondern auch vor schweren Krankheitsverläufen und Todesfällen erzielt wird. Daher ist eine Immunisierung durch dreimaligen Antigenkontakt erforderlich, damit eine ausreichende Immunantwort induziert werden kann (Begründungstexte der STIKO zu den COVID-19-Impfmpfehlungen abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Impfempfehlung-Zusfassung.html;jsessionid=830E4F2842DB56B05D9816913D68DA82.internet062). Bisher war bei allen Varianten der Schutz vor schweren Verläufen mind. sechs bis neun Monaten nach einer vollständigen Impfserie von zwei Impfungen noch erhalten, sodass davon auszugehen ist, dass dies – erst Recht bei drei Impfungen – auch bei künftig neu auftretenden Varianten der Fall sein wird.

Auch bei Dominanz der Omikron-Variante kann für vollständig geimpfte Personen aller Altersgruppen - und insbesondere für Personen mit Auffrischimpfung - weiterhin von einem sehr guten Impfschutz gegenüber einer schweren COVID-19-Erkrankung ausgegangen werden und weiterhin zeigt sich für ungeimpfte Personen aller Altersgruppen ein deutlich höheres Risiko für eine COVID-19-Erkrankung, insbesondere für eine schwere Verlaufsform. Vor diesem Hintergrund hat die STIKO ihre Impfempfehlung im Dezember 2021 aktualisiert und eine Auffrischimpfung bereits drei Monate nach der zweiten Impfstoffdosis für alle Personen ab 18 Jahre empfohlen (Ständige Impfkommission: Beschluss der STIKO zur 16. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung Epid Bull 2022;2:3 -15 | DOI 10.25646/9460).

Eine dänische Studie untersuchte anhand von Registerdaten die Übertragungsdynamik von Omikron-Infektionen in dänischen Haushalten im Dezember 2021 (09.-19.12.2021) und bestimmte die sekundären Erkrankungsraten (Secondary Attack Rate; SAR) (Lyngse FP, Mortensen LH, Denwood MJ, Christiansen LE, Møller CH, Skov RL, et al. SARS-CoV-2 Omicron VOC Transmission in Danish Households; Preprint vom 27.12.2021, online verfügbar unter https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.27.21268278v1). Beim Vergleich von Haushalten mit einer Indexperson, die mit der Omikron-Variante infiziert war, zu Haushalten mit Delta-Infektion zeigte sich für ungeimpfte Personen kein Risikounterschied hinsichtlich des Auftretens von Sekundärinfektionen. Vollständig grundimmunisierte Personen und Personen nach Auffrischimpfung waren sowohl für Delta- als auch für Omikron-Infektionen weniger empfänglich als Ungeimpfte. Personen mit Auffrischimpfung hatten eine reduzierte und Ungeimpfte eine erhöhte Übertragungswahrscheinlichkeit für beide Varianten im Vergleich zu vollständig Grundimmunisierten. Die Daten unterstreichen die Schutzwirkung einer Auffrischimpfung gegenüber Infektionen mit der Omikron-Variante, wobei die Studie aufgrund der kurzen Beobachtungszeit keine Aussage zur Schutzdauer zulässt.

Auch wenn mit einer Impfung das Risiko einer Infektion deutlich reduziert ist, können sich Menschen trotz Impfung mit dem SARS-CoV-2 Virus infizieren und das Virus weiterverbreiten (Transmission). Die Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 führen jedoch dazu, dass geimpfte Personen im Vergleich zu ungeimpften Personen weniger zur Ausbreitung des Erregers beitragen, was insbesondere dem Schutz vulnerable Personengruppen vor einer SARS-CoV-2-Infektion zuträglich ist.

In der Gesamtschau legen schließlich die verfügbaren Daten nahe, dass die COVID-19-Impfung eine Virustransmission auch unter Omikron reduziert.(s. bspw. Lyngse et al.; SARS-CoV-2 Omicron VOC Transmission in Danish Households; Preprint vom 27.12.2021, online verfügbar unter https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.27.21268278v1) und somit insbesondere vulnerable Personen vor einer Infektion geschützt werden können.

Die Impfung gegen SARS-CoV-2 schützt zuverlässig und effektiv vor einer schweren Erkrankung, Hospitalisierung und Tod. Der Schutz erstreckt sich auch auf die Personen, die nicht mit einem der zugelassenen und verfüg-

baren Impfstoffe geimpft werden können, oder bei denen trotz Impfung kein ausreichender Immunschutz aufgebaut wird. Aktuelle Meldedaten des Robert Koch-Instituts belegen, dass in den Bevölkerungsgruppen, in denen eine hohe Impfquote erreicht wurde, die Inzidenzen deutlich niedriger sind und weniger schwere Krankheitsverläufe und Todesfälle auftreten (Wochenbericht des RKI vom 3. Februar 2022 abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte_Tab.html). Von schweren Krankheitsverläufen weiterhin mit am stärksten betroffen sind ungeimpfte Menschen aller Altersgruppen.

Gleichzeitig kann durch eine dreifache Impfung das Risiko des Entstehens von Virusmutanten mit neuen Fähigkeiten (Selektion von Escapemutanten) in der geimpften Population verringert werden. Es wird davon ausgegangen, dass bei einer hohen Quote an vollständig geimpften Individuen, das Risiko einer Entstehung neuer Varianten vermindert wird. Mit Einführung einer Impfpflicht wird daher auch das Ziel verfolgt, der Entwicklung neuer Varianten in Deutschland Einhalt zu gebieten.

Aus aktuellen Studien geht zudem hervor, dass geimpfte Personen deutlich seltener an Langzeitfolgen einer SARS-CoV-2 Infektion (Long-COVID) leiden, als Personen, die ungeimpft sind (Kuodi et al., Association between vaccination status and reported incidence of post-acute COVID-19 symptoms in Israel: a cross-sectional study of patients tested between March 2020 and November 2021. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.05.22268800v2). Hohe Impfquoten in allen Altersgruppen ab 18 Jahren tragen dazu bei, die Ausbreitung des Virus einzudämmen und reduzieren die Weiterverbreitung des Virus in der Bevölkerung. Die aktuelle Ausbreitungsgeschwindigkeit der Omikron-Variante zeigt, dass mit den bislang erreichten Impfquoten von ca. 84,6 Prozent vollständig geimpfter Personen (Erst- und Zweitimpfung) und ca. 64,3 Prozent Auffrischimpfungen die Verbreitung des Coronavirus-SARS-CoV-2 nicht eingedämmt werden kann. Insgesamt kann damit festgehalten werden, dass ein Impfschutz durch eine Dreifachimpfung (Grundimmunisierung zzgl. Booster) im Vergleich zu Menschen ohne oder nur mit teilweisem Impfschutz

– das Risiko einer Ansteckung mit den aktuell vorherrschenden Virusvarianten senkt,
– das Risiko eines schweren Erkrankungsverlaufs oder Todesfällen erheblich senkt,
– das Risiko der Transmission, also der Weitergabe des Virus an Dritte, senkt und
– das Risiko einer Folgeerkrankung (Long-COVID) reduziert
– und insgesamt durch eine hohe Impfquote das Risiko der Entstehung weiterer, ggf. noch gefährlicherer Virusmutationen senkt.

Mit diesem Gesetz wird eine allgemeine Impfpflicht für Personen ab 18 Jahren eingeführt, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt seit mindestens sechs Monaten in Deutschland haben. Die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht greift in das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit nach Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes (GG) ein. Der Eingriff ist jedoch durch die damit verfolgten Ziele des Gesundheitsschutzes, die ihrerseits Ausdruck des verfassungsrechtlich gebotenen Schutzes von Leben und körperlicher Unversehrtheit sind, gerechtfertigt.

Das Grundgesetz lässt es zu, dass in die körperliche Unversehrtheit aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden kann (Artikel 2 Absatz 2 Satz 3 GG), sofern das Gesetz die Grenzen der Verhältnismäßigkeit wahrt. Diesen Anforderungen genügt die allgemeine Impfpflicht. Das Ziel dieses Gesetzes ist es, die Impfquote in der Bevölkerung zu steigern und alle Bürgerinnen und Bürger vor weiteren Infektionswellen mit SARS-CoV-2 und deren Folgen im Herbst und Winter 2022/2023 und nachfolgenden Jahren zu schützen. Die Einführung einer Impfpflicht dient dazu, durch die Erreichung hinreichend hoher Impfquoten in der Bevölkerung die hohe Sterblichkeit, die langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen großer Bevölkerungsteile sowie die drohende Überlastung des Gesundheitssystems und kritischer Infrastrukturen aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 zu verhindern. Das Gesundheitssystem soll in seiner Leistungsfähigkeit erhalten werden, um eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung aller Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Gleichzeitig gilt es, von vornherein Situationen zu vermeiden, in denen Entscheidungen über die Zuteilung von begrenzten Ressourcen in der Behandlung mit potentiellen Folgen für das Überleben aller betroffenen Patientinnen und Patienten nötig würden.

Aufgrund der großen Anzahl schwer an COVID-19 Erkrankter mussten während der Corona-Pandemie immer wieder planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe, bei deren Diagnostik und Therapie zeitliche Verzöge-

rungen aufgrund von Ressourcen-Verknappung erhebliche Auswirkungen auf Therapieerfolg und Überlebenswahrscheinlichkeit des Patienten haben, auf unbestimmte Zeit verschoben werden, um intensivmedizinische Kapazitäten frei zu halten. Dies hat Auswirkungen auf die Gesundheit des Einzelnen, was sich in der Folge wiederum in gewichtigen Qualitätseinbußen im Gesundheitswesen niederzuschlagen droht, und führt auch zu finanziellen Belastungen der Krankenversicherungen. Jede Steigerung der Impfquote führt dazu, dass weniger Personen einen schweren Krankheitsverlauf erleiden und stationär behandelt werden müssen. Eine niedrige Hospitalisierungsrate trägt dazu bei, dass die Regelversorgung aufrechterhalten werden kann und Behandlungsmaßnahmen wie geplant durchgeführt werden können. Dadurch kann eine bessere Gesundheitsversorgung für den Einzelnen gewährleistet und es können finanzielle Belastungen für die Gesellschaft mit Blick auf die von den Krankenversicherungen getragenen Ausgaben für Krankenbehandlung verringert werden.

Auch mit Blick auf mögliche Folgeerkankungen, wie zum Beispiel Long-COVID, trägt eine höhere Impfquote wohl zur Verhinderung von gesundheitlichen Folgeschäden in der Bevölkerung wie auch zur Vermeidung zusätzlicher finanzieller Belastungen der Krankenversicherungen sowie der gesetzlichen Rentenversicherung bei.

Eine allgemeine Impfpflicht reduziert insbesondere das Risiko, dass eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland für alle Patientinnen und Patienten in Deutschland erneut nur aufrechtzuerhalten ist, indem andere grundrechtlich geschützte Freiheiten wie die Möglichkeiten zu arbeiten, den Schulunterricht zu besuchen oder eine Ausbildung zu erhalten sowie am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (Kunst, Kultur, Sport und andere Freizeitaktivitäten), eingeschränkt werden.

Die Einführung einer Impfpflicht ist nicht nur geeignet, sondern auch erforderlich, um die genannten Ziele zu erreichen. Andere Maßnahmen, die bei einer geringeren Eingriffsintensität ähnlich wirksam sind, existieren nicht. Insbesondere stellt die einrichtungsbezogene Impfpflicht kein milderes, gleich geeignetes Mittel dar. Die einrichtungsbezogene Impfpflicht, unter die ca. 5,67 Mio. Personen fallen, betrifft nur einen geringen Teil der Bevölkerung. Die damit verbundene Steigerung der Impfquote fällt im Vergleich zu der mit einer allgemeinen Impfpflicht verbundenen Steigerung der Impfquote eher gering aus. Dies gilt im Ergebnis auch bei einer auf bestimmte Altersgruppen bezogenen Impfpflicht, die allein vulnerable Personen treffen würde.

In der EU sind inzwischen verschiedene Arzneimittel zur Therapie einer COVID-19-Erkrankung zugelassen. Die in Deutschland zur Verfügung stehenden Arzneimittel, insbesondere monoklonale Antikörperpräparate, die nach der S3-Leitlinie – Empfehlungen zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19 in der frühen Krankheitsphase bis maximal 7 Tage nach Symptombeginn spezifisch zur Reduktion der Viruslast eingesetzt werden können, sind gegenüber den verschiedenen SARS-CoV-2-Varianten unterschiedlich wirksam (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/113-001LGl_S3_Empfehlungen-zur-stationaeren-Therapie-von-Patienten-mit-COVID-19_2021-10_1.pdf; Seite 37). Abhängig von dem Wirkstoff (monoklonaler Antikörper), der in dem Arzneimittel enthalten ist, reicht die Wirksamkeit gegen die Delta- und Omikron-Variante von „gut“ bis „eingeschränkt“ wirksam. Monoklonale Antikörper zur Präexpositionsprophylaxe für stark immunbeeinträchtigte Personen, die trotz konsequenter dreifacher Immunisierung unzureichend serologisch ansprechen, werden voraussichtlich in Kürze zugelassen. Diese werden jedoch anfänglich nur sehr begrenzt verfügbar sein. Überdies zeigt die Erfahrung, dass sich nur in wenigen Fällen Patientinnen und Patienten rechtzeitig für einen Therapiebeginn in Behandlung begeben. Die Antikörperpräparate müssen jedoch innerhalb von 7 Tagen nach dem ersten Auftreten von Symptomen infundiert oder injiziert werden um einen Therapieerfolg zu zeigen. Für die in Deutschland verfügbaren Virustatika zur Reduktion des Risikos eines schweren Verlaufs einer COVID-19 Erkrankung, die oral eingenommen werden, weisen in-vitro-Untersuchungen darauf hin, dass sie die in Deutschland verfügbaren Virustatika zur Reduktion des Risikos eines schweren Verlaufs einer COVID-19 Erkrankung gegen alle bisher für Deutschland bedeutsamen SARS-CoV-2-Varianten wirksam sind. Die verfügbaren antiviralen Arzneimittel sind jedoch gemäß Anwendungsgebiet auf Patienten mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf von COVID-19 beschränkt sowie in ihrer Anwendung aufgrund des Nebenwirkungsprofils, der Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und ihrer limitierten Verfügbarkeit eingeschränkt. Arzneimittel können zudem im Gegensatz zu Impfungen nur reaktiv nach erfolgter SARS-CoV-2 Diagnose angewendet werden und können daher im Gegensatz zu einer präventiven Impfung bei einer unerkannten oder zu spät erkannten SARS-CoV-2 Infektion nicht vor einem schweren Verlauf schützen. Die verfügbaren Therapieansätze sind damit nicht zur breiten Anwendung geeignet und machen eine Impfung mit sicheren und hochwirksamen Impfstoffen keinesfalls überflüssig.

Daher geht das RKI zusammengefasst mit Blick auf eine therapeutische bzw. medikamentöse Behandlung von COVID-19-Erkrankungen davon aus, dass aus verschiedenen Gründen (Zulassung, Nebenwirkungsprofil, Applikationsweise, z.T. eingeschränkte Wirksamkeit gegen die Omikron-Variante) ein breiter flächendeckender Einsatz von monoklonalen Antikörpern und antiviralen Medikamenten zu Prä- oder Postexpositionsprophylaxe gegenwärtig nicht absehbar ist. Die zugelassenen Therapieoptionen für COVID-19 sind derzeit immer noch begrenzt und können nur bedingt schwere Krankheitsverläufe nach Infektion verhindern oder die Behandlungszeiten der Patienten verkürzen. Es stellt daher unter den gegenwärtigen Bedingungen keine gleich geeignete Alternative dar, anstatt der vorbeugenden Impfkampagne auf therapeutische bzw. medikamentöse Behandlung von COVID-19-Erkrankungen zu setzen.

Auch stellen sog. Riegelungsimpfungen, die für bestimmte Erkrankungen in Ausbruchssettings durchgeführt werden, keine Alternative dar. Voraussetzung für deren Wirksamkeit ist, dass innerhalb kurzer Zeit durch Impfung möglichst vieler Kontaktpersonen sowohl der Ausbruch, die Weiterverbreitung als auch die individuelle Erkrankung unterbunden werden kann. Beides wäre angesichts des Impfschemas (mindestens 2 Dosen im Abstand von mind. 21 Tagen) und der Wirkweise der Impfstoffe (nur bedingt Verminderung der Transmission, insbesondere unter Omikron) für SARS-CoV-2 nicht oder nur mit Einschränkungen erfüllt. Im Ergebnis kämen solche Impfungen zu spät. Auch eine konditionierte Impfpflicht, die erst beim Auftreten neuer Belastungssituationen im Gesundheitswesen oder neuer Virusvarianten in Kraft gesetzt würde, kann aufgrund der erforderlichen Dauer für die gebotene dreifache Impfung (mindestens vier Monate) und der hohen Zahl ungeimpfter Menschen nicht rechtzeitig wirken.

Nachdem eine ausreichende Anzahl an zugelassenen Impfstoffen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 zur Verfügung stand, wurde im gesamten Bundesgebiet ein niedrigschwelliges Impfangebot geschaffen. Hierzu wurden von Bund und Ländern Impfzentren eingerichtet und andere niedrigschwellige Impfaktionen durchgeführt. Begleitend dazu gab es in Form von Plakat-, Radio-, Fernseh- Internet- und Social Media-Werbung eine breitangelegte Aufklärungs- und Informationskampagne zur Corona-Schutzimpfung, die sich durch verschiedene Phasen auszeichnete, die sich an der Verfügbarkeit von Impfstoffen und tagesaktuellen Informationsbedürfnissen der Teilzielgruppen ausrichtete. Über eine bundesweite kostenlose Hotline können Bürgerinnen und Bürger seit dem Start der Impfkampagne ihre Fragen zur Corona-Schutzimpfung stellen. Ebenso liefert ein Fragen & Antworten-Tool (FAQ) auf der Webseite www.zusammengegencorona.de Antworten auf die wichtigsten Fragen. Alle Maßnahmen werden zudem in mehreren Sprachen und an zielgruppenspezifischen Kontaktpunkten (Touchpoints, z.B. an belebten Plätzen, Einkaufspassagen, Hauptbahnhof) zur Verfügung gestellt. Die Kampagne hat somit reichweitenstark für eine transparente Aufklärung gesorgt. Laut unabhängig erhobener Zahlen von Infratest dimap hat sich die generelle Impfbereitschaft in Deutschland im vergangenen Jahr mehr als verdoppelt. Trotzdem sind in Deutschland noch immer zu viele Menschen nicht oder nicht vollständig geimpft. Bis heute konnten sie weder mit guten Argumenten noch mit einer reichweitenstarken Kampagne erreicht werden. In einer Umfrage gaben >60% der bisher ungeimpften Personen an, sich auf keinen Fall impfen zu lassen (Betsch C, Korn L, Felgendreff L, Eitze S, Schmid P, Sprengholz Pea. COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO Germany)- Wave 59 (data set), abrufbar unter https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/summary/. Die genannte Befragung in der COSMO-Studie fokussierte explizit nur auf ungeimpfte Personen. Sie fand zu einem Zeitpunkt statt, als die Impfkampagne schon weit fortgeschritten war. Nach bisherigen Erkenntnissen zeigt keine der bisherigen Maßnahmen einen deutlichen steigernden Effekt auf die Impfbereitschaft der ungeimpfter Personen. Eine ausführliche Datenerhebung zur Impfpflicht findet sich in der COSMO PANEL Erhebung. Die dort gezeigten Daten legen die Interpretation nahe, dass die Ablehnung der Impfung v.a. aus Angst und fehlendem Vertrauen in die Sicherheit erfolgt.

Daher sollten alle Anstrengungen verstärkt werden, um die noch ungeimpfte Personen zu erreichen und für die Impfung zu motivieren. Es ist Ziel der Krankenversicherungen, die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten. In diesem Zusammenhang werden die Krankenversicherungen verpflichtet, ihre Versicherten über die gesetzlichen Regelungen zur Impfpflicht, die vorgesehenen Abläufe, Beratungs- und Impfangebote zu informieren sowie Impfnachweise anzufordern.

Die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht ist auch dem Grunde nach und in ihrer konkreten Ausgestaltung angemessen. Zwar ist zu berücksichtigen, dass der körperlichen Unversehrtheit unter den grundrechtlich verbürgten Rechten ein besonderes Gewicht zukommt (vgl. BVerfGE 128, 282, 302). In diesem Zusammenhang ist auch das Risiko etwaiger Nebenwirkungen sowie die Wirksamkeit und Sicherheit der Impfstoffe auf der einen Seite und das Risiko einer Infektion und eines schweren Krankheitsverlaufs auf der anderen Seite zu berücksichtigen.

Dem stehen jedoch mit dem Lebens- und Gesundheitsschutz sowie der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems Gemeinwohlbelange gegenüber, die bereits für sich genommen überragend wichtig sind (vgl. BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 19. November 2021 – 1 BvR 781/21, Rn. 176). Hinzukommt der Schutz anderer grundrechtlich geschützter Freiheiten der Möglichkeit, ohne pandemiebedingte Einschränkungen zu arbeiten, am Schulunterricht teilzunehmen oder eine Ausbildung zu erhalten sowie am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (Kunst, Kultur, Sport und andere Freizeitaktivitäten).

Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass für die durch die Europäische Kommission zugelassenen COVID-19 Impfstoffe die Wirksamkeit und Sicherheit der Impfstoffe im Rahmen der Zulassung geprüft wurden. Auch nach Zulassung werden diese kontinuierlich hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Sicherheit nach breiter Anwendung weiter überwacht. Bei allen zugelassenen Impfstoffen überwiegt der Nutzen der Impfung hinsichtlich der Verhinderung von COVID-19 einschließlich der von schweren Krankheitsverläufen deutlich die Risiken von sehr selten auftretenden schwerwiegenden Nebenwirkungen nach Impfung (Wochenbericht des RKI vom 3. Februar 2022 abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte_Tab.html).

Der Staat ist verpflichtet, die medizinische Versorgung sicherzustellen. Die bisherigen Erfahrungen in der Pandemie haben gezeigt, dass das wiederholte Auftreten von Infektionswellen und insbesondere die Entstehung neuer Virusvarianten immer wieder drohten, das Gesundheitssystem zu überlasten. Auch in der Zukunft ist bei einer unkontrollierten Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 eine Gefährdung der Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zu befürchten. Dem soll die allgemeine Impfpflicht vorbeugen.

Ein weiteres zentrales Ziel der Einführung einer allgemeinen Impfpflicht ist es , Schutzmaßnahmen, die bei hohen Infektionsraten zur Eindämmung des Krankheitsgeschehens erforderlich wären, und die damit verbundenen Eingriffe in Grundrechte künftig zu vermeiden. Die bisherigen nationalen und internationalen Erfahrungen in der Pandemie haben gezeigt, dass ein „Lock-Down“ mittel- und langfristig die Auswirkungen des Coronavirus SARS-CoV-2 nicht hinreichend eindämmt (Mendez-Brito et al.: Systematic review of empirical studies comparing the effectiveness of non-pharmaceutical interventions against COVID-19. Journal of Infection 83 (2021) 281–293; Liu et al.: The impact of non-pharmaceutical interventions on SARS-CoV-2 transmission across 130 countries and territories. BMC Medicine (2021) 19:40).

Zudem gehen Einschränkungen des öffentlichen Lebens mit weiteren Belastungen für die Menschen und gesellschaftlichen, psychosozialen und ökonomischen Folgen einher. Studien belegen die psychosozialen Belastungen von Eltern, Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen der Kontaktbeschränkungen und Schulschließungen auf den mentalen und psychischen Gesundheitszustand seit Beginn der Corona- Pandemie (siehe Quellen sogleich). Vor allem für Kinder und Jugendliche sind in dieser Zeit viele alltagssichernde Strukturen weggebrochen, welche langfristige Konsequenzen für ihr persönliches Wohlbefinden und ihre Entwicklung nach sich ziehen könnten. Verschiedene deutschlandweit durchgeführte Erhebungen zeigen ein pandemiebedingt vermindertes psychisches Wohlbefinden und vermehrt Verhaltensauffälligkeiten und Sozialisierungsschwierigkeiten bei Kindern. (Quellen: (1) Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, Otto C, Devine J, Löffler C, et al. Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2021. (2) 56 Langmeyer A, Guglhör-Rudan A, Naab T, Urlen M, Winklhofer U. Kind sein in Zeiten von Corona. Ergebnisbericht zur Situation von Kindern während des Lockdowns im Frühjahr 2020. Deutsches Jugendinstitut; 2020). Die Impfpflicht soll eine weitere Vertiefung der durch die Pandemie und ihre Bekämpfung bereits eingetretenen Schäden verhindern (etwa im Bildungsbereich von Kindertagesstätten bis zu den Hochschulen, in Wirtschaft und Kultur).

Aufgrund der derzeitigen Datenlage (Situationsberichte des RKI, abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html) ist davon auszugehen, dass die symptomatische Infektionsrate im Kindes- und Jugendalter geringer ist als bei Erwachsenen. Die meisten Infektionen verlaufen asymptomatisch oder mit wenigen Symptomen. Schwere Verläufe sind bei Kindern und Jugendlichen eher selten. Im Hinblick auf die Impfung von Kindern und Jugendlichen wird daher verstärkt auf die Information der Eltern und Kinder und Jugendlichen und auf Freiwilligkeit gesetzt. Das individuelle Nutzen/Risikoverhältnis bei der Impfung für die Altersgruppen der unter 18-Jährigen ist anders als für die über 18-Jährigen. Die STIKO empfiehlt auch für alle 12 bis 17-jährigen Kinder und Jugendliche die Impfung gegen COVID-19 mit einem der

beiden zugelassenen mRNA-Impfstoffe. Durch die Impfung der 12-17-Jährigen sollen zwar auch COVID-19-Erkrankungen und Hospitalisierungen bei Kindern und Jugendlichen verhindert werden. Ein zusätzliches Ziel ist es jedoch, dadurch auch indirekte Folgen von (SARS-CoV-2-Infektionen, wie Einschränkungen der sozialen und kulturellen Teilhabe von Kindern und Jugendlichen abzumildern.

Der Individualnutzen nach einer Impfung bei den Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren ist nicht so ausgeprägt wie bei den älteren Bevölkerungsgruppen. Nach sorgfältiger Analyse der verfügbaren Daten kommt die STIKO zu dem Schluss, dass derzeit für Kinder ohne Vorerkrankungen in dieser Altersgruppe nur ein geringes Risiko für eine schwere COVID-19-Erkrankung, Hospitalisierung und Intensivbehandlung besteht (STIKO Impfempfehlungen zur COVID-19- Impfempfehlung, abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Impfempfehlung-Zusfassung.html). So sind in Deutschland während der gesamten bisherigen Pandemie bei gesunden Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren keine COVID-19-bedingten Todesfälle aufgetreten. Die STIKO entwickelt Impfempfehlungen für Deutschland und berücksichtigt dabei nicht nur deren Nutzen für das geimpfte Individuum, sondern auch für die gesamte Bevölkerung. Die STIKO orientiert sich dabei an den Kriterien der evidenz-basierten Medizin. Während für die Zulassung einer Impfung deren Wirksamkeit (zumeist im Vergleich zu Placebo), deren Unbedenklichkeit und pharmazeutische Qualität relevant sind, analysiert die STIKO darauf aufbauend neben dem individuellen Nutzen-Risiko-Verhältnis auch die Epidemiologie auf Bevölkerungsebene und die Effekte einer flächendeckenden Impfstrategie für Deutschland. Modellierungsanalysen, die vor der Omikron-Welle stattgefunden haben, deuten darauf hin, dass die COVID-19-Impfung von 5 bis 11-jährigen Kindern (5,2 Mio.; etwa 6 Prozent der Bevölkerung in Deutschland) auf die Infektionsübertragung in der Gesellschaft sowie den weiteren Verlauf der Pandemie in Deutschland und insbesondere die zu diesem Zeitpunkt herrschende Infektionswelle einen geringen Effekt hat und dieser vielmehr entscheidend von der Impfquote unter den Erwachsenen abhängt (STIKO Impfempfehlung). Daher spricht die STIKO für 5 bis 11¬jährige Kinder ohne Vorerkrankungen derzeit keine generelle Impfempfehlung aus. Aus diesen Gründen erstreckt sich die Impfpflicht nicht auf Kinder und Jugendliche. Ebenfalls ausgenommen sind Personen, bei denen eine medizinische Kontraindikation besteht oder die nicht mit einem der in Deutschland zugelassenen und verfügbaren Impfstoffe immunisiert werden können.

Im Rahmen der Angemessenheit ist ferner zu berücksichtigen, dass sich die Sanktionierung von Verstößen gegen die Impfpflicht auf die Verhängung von Bußgeldern beschränkt und nicht durch unmittelbaren Zwang durchgesetzt werden darf. Vielmehr wird in einem ersten Schritt die Impfkampagne ein weiteres Mal erweitert. Darauf aufbauend wird in einem zweiten Schritt eine allgemeine Impfpflicht für Personen über 18 Jahre eingeführt. Die Kampagne wie auch die allgemeine Impfpflicht werden dabei so ausgestaltet, dass sichergestellt ist, dass alle Mitglieder der Gesellschaft erreicht werden.

Zudem ist die Regelung bis zum 31. Dezember 2023 befristet, um schon im Gesetz selbst Vorkehrungen zur Begrenzung der grundrechtlich bedeutsamen Belastungen zu treffen (vgl. BVerfG, Beschluss vom 19.11.2021 – 1 BvR 781/21 u.a., Rn. 233, 302).

Zusammengefasst dient damit eine hohe Impfquote gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 bei Personen ab 18 Jahren, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt seit mindestens sechs Monaten in Deutschland haben, sowohl dem Schutz der Gesamtbevölkerung als auch dem Schutz vulnerabler Personengruppen. Eine hohe Durchimpfungsquote reduziert die Transmissionswahrscheinlichkeit und minimiert das Risiko schwerer Krankheitsverläufe. Zudem trägt sie zur Entlastung des Gesundheitssystems sowie der Sicherstellung der Regelversorgung bei und reduziert die Wahrscheinlichkeit, dass erneut anderweitige bevölkerungsbezogene Schutzmaßnahmen erforderlich werden, die mit erheblichen Einschnitten in grundrechtlich geschützte Freiheiten einhergehen würden. Folglich überwiegt in der Gesamtschau das berechtigte öffentlichen Interesse auch womöglich gegenläufige Interessen des Einzelnen.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Aus medizinisch-epidemiologischer Sicht ist eine hohe Impfquote notwendig, um das Risiko sich mit SARS-CoV-2 zu infizieren und SARS-CoV-2 an andere Menschen zu übertragen zu reduzieren.

Die derzeitige Impfquote reicht nicht aus, um den zu erwartenden, sehr schnellen und drastischen Anstieg der Erkrankungen und die damit bestehende Gefahr einer Überlastung des Gesundheitssystems und ggf. weiterer Versorgungsbereiche in den kommenden Winter-monaten 2022/2023 einzudämmen.

Zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und vulnerabler Gruppen wird daher eine allgemeine Impfpflicht für Personen über 18 Jahre eingeführt.

Dies bedeutet, dass Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt seit mindestens sechs Monaten in der Bundesrepublik Deutschland haben und das 18. Lebensjahr vollendet haben, verpflichtet sind, ab dem 1. Oktober 2022 über einen Impf- oder Genesenennachweis zu verfügen und diesen auf Anforderung der zuständigen Behörde vorzulegen. Unabhängig davon sind Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, verpflichtet, ab dem 1. Oktober 2022 diesen Nachweis auf Anforderung ihrer Krankenkasse, ihres Versicherers, bei dem sie privat krankenversichert sind, oder ihres Trägers der Heilfürsorge vorzulegen.

Ausgenommen werden Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, oder die permanent nicht mit einem der zugelassenen und verfügbaren Impfstoffe gegen COVID-19 immunisiert werden können. Schwangeren wird nach gegenwärtigem medizinischen Kenntnisstand eine Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2 unter bestimmten Umständen und nach ärztlichem Ermessen empfohlen.

Die Regelung ist bis zum 31. Dezember 2023 befristet. um die mit der Impfpflicht in Zusammenhang stehenden Belastungen zu begrenzen.

III. Alternativen

Siehe oben (Vorblatt, C.).

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die vorgesehenen Änderungen ergibt sich aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes – GG – (Maßnahmen gegen übertragbare Krankheiten bei Menschen, Recht der Arzneien), Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 GG (privatrechtliches Versicherungswesen), Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 (Sozialversicherung) sowie hinsichtlich der Bußgeldregelungen aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 1 GG (Strafrecht).

Der Bund hat die Gesetzgebungskompetenz, da die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet und die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht (Artikel 72 Absatz 2 GG). Die Indienstnahme des privatwirtschaftlichen Versicherungswesens zur Umsetzung der Immunitätsnachweisverpflichtung gegen COVID-19 kann vorliegend nur durch eine bundeseinheitliche Regelung erfolgen, da ansonsten eine für das Verfahren notwendige bundeseinheitliche Umsetzung nicht gewährleistet werden kann.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

Der Gesetzentwurf bezweckt eine Steigerung der Impfquote im Personenkreis der Menschen über 18 Jahre.

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Eine Rechts- und Verwaltungsvereinfachung ist nicht Gegenstand dieses Gesetzes.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzesentwurf steht im Einklang mit dem Leitprinzip der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität, sozialem Zusammenhalt und sozialer Verantwortung, gerade in Zeiten einer Pandemie. Der Gesetzentwurf unterstützt Nachhaltigkeitsziel 3 "Ein gesundes Leben für alle Menschen

jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern" und dabei insbesondere die Prinzipien einer nachhaltigen Entwicklung Nr. 3 b Gefahren und unvertretbare Risiken für die menschliche Gesundheit zu vermeiden sowie Nr. 5 den sozialen Zusammenhalt in einer offenen Gesellschaft zu wahren und niemanden zurückzulassen.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Der Gesetzentwurf bezweckt eine Steigerung der Impfquote im Personenkreis der Menschen über 18 Jahre. Durch den Gesetzentwurf werden unmittelbar keine zusätzlichen Kosten geschaffen für Schutzimpfungen, die über die nach der Coronavirus-Impfverordnung für die Schutzimpfungen entstehenden Kosten hinausgehen.

Dem Bund entstehen Ausgaben in derzeit nicht quantifizierbarer Höhe durch die Erstattung der Aufwendungen der Kostenträger der Krankenversorgung für die Information aller Versicherten und die Prüfung des Immunitätsnachweises gegen COVID-19 nach § 20a IfSG. Die Höhe der Ausgaben ist von der konkreten Umsetzung des Erhebungsverfahrens in der Rechtsverordnung abhängig.

Bezüglich der Regelungen zur einrichtungsbezogenen Impflicht entstehen keine Kosten, die über die aufgrund der bisherigen Gesetzesfassung entstehenden Kosten hinausgehen.

4. Erfüllungsaufwand

Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Durch die Verpflichtung, den zuständigen Stellen auf Anforderung Nachweise im Sinne des § 20a Absätze 3 und 4 IfSG vorzulegen, entsteht für die Bürgerinnen und Bürger ein geringfügiger, nicht näher quantifizierbarer zeitlicher und gegebenenfalls geringfügiger finanzieller Aufwand. Um den Erfüllungsaufwand gering zu halten, werden digitale Lösungen und einfach handhabbare Übermittlungswege geprüft. Eine konkrete Berechnung ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich.

Gleiches gilt für die Verpflichtung der Bürgerinnen und Bürger, den nach § 20c IfSG zuständigen Stellen auf Anforderung Nachweise im Sinne des § 20a Absatz 3 IfSG vorzulegen.

Erfüllungsaufwand der Wirtschaft

Den Unternehmen der privaten Krankenversicherung entsteht durch die Information der Versicherten über Beratungs- und Impfmöglichkeiten und in Abhängigkeit von der im Verordnungswege erst noch zu regelnden Ausgestaltung des Verfahrens durch die Verpflichtung zur Anforderung und Überprüfung der Nachweise über den Impf- bzw. Genesenenstatus für ca. 7,1 Millionen volljährige Krankheitskostenvollversicherte sowie zur Informationsübermittlung an die Stellen nach § 20c IfSG ein Erfüllungsaufwand in nicht bezifferbarer Höhe. Der den privaten Krankenversicherungsunternehmen entstehende Aufwand wird aus Bundesmitteln erstattet.

Erfüllungsaufwand der Verwaltung

a) Bund

Im Bereich der Bundespolizei entsteht Erfüllungsaufwand durch die Information über Beratungs- und Impfmöglichkeiten sowie die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise von den Heilfürsorgeberechtigten der Bundespolizei sowie durch die Benachrichtigung der zuständigen Behörden in Höhe von rund 520.000 Euro.

b) Länder und Kommunen

Durch die gesetzliche Vorgabe, sich Immunitätsnachweise vorzeigen zu lassen bzw. Bußgeldverfahren durchzuführen, ergibt sich für die nach Landesrecht zu bestimmenden zuständigen Behörden ein nicht näher quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Durch die Anforderung und Prüfung der Impfnachweise und der Ausnahmetatbestände entsteht für die Länder im Rahmen der Kontrollen Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe.

Bezüglich der Regelungen zur einrichtungsbezogenen Impflicht entsteht kein über die bisherige Gesetzesfassung hinausgehender Erfüllungsaufwand.

c) Sozialversicherung

Den Krankenkassen entsteht durch die Information der Versicherten über Beratungs- und Impfmöglichkeiten und in Abhängigkeit von der im Verordnungswege erst noch zu regelnden Ausgestaltung des Verfahrens zur Anforderung und Überprüfung der Nachweise über den Impf- bzw. Genesenenstatus für rund 62 Mio. volljährige gesetzlich Krankenversicherte sowie zur Informationsübermittlung an die Stellen nach § 20c IfSG Erfüllungsaufwand in nicht bezifferbarer Höhe. Der den gesetzlichen Krankenkassen entstehende Erfüllungsaufwand wird aus Bundesmitteln erstattet.

d) Postbeamtenkrankenkasse

Der Postbeamtenkrankenkasse entsteht durch die Information der Versicherten über Beratungs- und Impfmöglichkeiten und in Abhängigkeit von der im Verordnungswege erst noch zu regelnden Ausgestaltung des Verfahrens zur Anforderung und Überprüfung der Nachweise über den Impf- bzw. Genesenenstatus für ihre Versicherten wie zur Informationsübermittlung an die Stellen nach § 20c Erfüllungsaufwand in derzeit nicht bezifferbarer Höhe. Der der Postbeamtenkrankenkasse entstehende Erfüllungsaufwand wird aus Bundesmitteln erstattet.

e) Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

Der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten entsteht durch die Information der Versicherten über Beratungs- und Impfmöglichkeiten und in Abhängigkeit von der im Verordnungswege erst noch zu regelnden Ausgestaltung des Verfahrens zur Anforderung und Überprüfung der Nachweise über den Impf- bzw. Genesenenstatus für ihre Mitglieder und die mitversicherten Angehörigen sowie zur Informationsübermittlung an die Stellen nach § 20c Erfüllungsaufwand in derzeit nicht bezifferbarer Höhe. Der der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten entstehende Erfüllungsaufwand wird aus Bundesmitteln erstattet.

5. Weitere Kosten

Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Die Regelungen haben keine spezifischen Auswirkungen auf Verbraucherinnen und Verbraucher bzw. keine Auswirkungen gleichstellungspolitischer oder demografischer Art.

VII. Befristung; Evaluierung

Die §§ 20a bis § 20d sind bis zum Ablauf des 31. Dezember 2023 befristet. Der Deutsche Bundestag kann durch im Bundesgesetzblatt bekanntzumachenden Beschluss die Geltung der §§ 20a bis § 20d aufheben oder die Frist nach Satz 1 um jeweils bis zu ein Jahr verlängern.

Die Bundesregierung evaluiert die Regelungen §§ 20a bis 20d bis zur Aufhebung ihrer Geltung quartalsweise und berichtet an den Deutschen Bundestag.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Zu Nummer 1

Es handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen in der Inhaltsübersicht des Gesetzes.

Zu Nummer 2

§ 20a (Immunitätsnachweis gegen COVID-19 für Erwachsene, Verordnungsermächtigung)

Zu Absatz 1

Der Nachweispflicht unterfallen Personen über 18 Jahre, die sich voraussichtlich länger als sechs Monate in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten. Diese Personen sind verpflichtet ab dem 1. Oktober 2022 über einen Impf- oder Genesenennachweis zu verfügen. Erfasst werden nur längere Aufenthalte am Stück, wobei kürzere Unterbrechungen der Aufenthaltsdauer (z. B. durch Urlaube oder Dienstreisen) nicht berücksichtigt werden. Insbesondere berufsbedingte regelmäßige Kurzaufenthalte, wie sie etwa in der Logistikbranche der Fall sein können, werden nicht zusammengerechnet. Grenzgänger sind nicht erfasst, da sie kontinuierlich und regelmäßig zum Lebensmittelpunkt im Wohnstaat zurückkehren, sodass der Aufenthalt vorübergehend und nicht zeitlich zusammenhängend ist. Die Kriterien für den Impfnachweis werden in § 22a Absatz 1, die Kriterien für den Genesenennachweis werden in § 22a Absatz 2 festgelegt.

Die betroffenen Personen sind über diese Pflicht zu informieren. Dabei ist es wesentlich auf die Bedeutung der Schutzimpfung hinzuweisen. Deshalb soll diese Information gemeinsam mit einer Information über Beratungs- und Impfangeboten erfolgen. Die Informationen sollten in möglichst vielen Sprachen und bezogen auf möglichst viele Zielgruppen und die verbreitetsten Einwände erfolgen. Damit werden zudem die Anstrengungen verstärkt, um die noch Ungeimpften zu erreichen und für die Impfung zu motivieren. Es ist Ziel der Stellen nach Absatz 4 Satz 1, die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten. Sie sind daher geeignet, im Rahmen des Anschreibens mit dieser Aufgabe der Information der Versicherten im Rahmen der Impfpflicht betraut zu werden.

Die Impfnachweispflicht besteht nicht bereits ab Tag 1 eines Aufenthaltes, der für mehr als 6 Monate geplant ist, sondern erst, nachdem der Zeitraum von 6 Monaten abgelaufen ist, damit für den Fall, dass eine Einreise ohne Impfung mit anerkannten Impfstoffen erfolgt ist, die Möglichkeit zur Nachimpfung genutzt werden kann.

Die Zeitspanne von sechs Monaten wurde gewählt, um diesen Personen ausreichend Zeit zu geben, eine vollständige Impfserie, für die man insgesamt mindestens ca. vier Monate benötigt, zu durchlaufen. Personen, die mit einem in der Bundesrepublik Deutschland nicht zugelassenen Impfstoff geimpft wurden, können frühestens 28 Tage nach ihrer letzten Impfung mit einem in der Bundesrepublik Deutschland zugelassenen Impfstoff geimpft werden. Da es in der Praxis vorkommen kann, dass ein Impftermin z.B. aus gesundheitlichen Gründen verschoben werden muss, wurde der Zeitraum auf sechs Monate festgelegt.

Hinsichtlich der Umstände, die erkennen lassen, dass eine Person nicht nur vorübergehend auf dem Bundesgebiet verweilt, stellt die Formulierung „zu verweilen beabsichtigt“ klar, dass auch Personen erfasst sind, deren Aufenthalt nicht von vornherein auf Beendigung angelegt, also zukunftsoffen ist, da sie länger als sechs Monate im Bundesgebiet verweilen wollen. Dies gilt insbesondere für Ausländer, die einen Asylantrag in der Bundesrepublik Deutschland gestellt haben und verpflichtet sind, in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen. Von dem Ziel, die Impfquote in der Bevölkerung zu steigern, können Bewohner in Aufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften nicht ausgenommen werden. Ihre Einbeziehung in die allgemeine Impfpflicht ist daher nicht anders zu bewerten, als in Bezug auf die Bevölkerung insgesamt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt, welche Personen von der Verpflichtung, über einen Impf- oder Genesenennachweis zu verfügen, ausgenommen sind. Ausgenommen sind Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können. Bislang gibt es nur sehr wenige medizinische Kontraindikationen, warum eine Person sich dauerhaft nicht gegen COVID-19 impfen lassen kann. In der Regel können Personen, die mit einem der verfügbaren Impfstofftypen nicht impfbar sind, mit einem Alternativimpfstoff geimpft werden. Allgemeinverständliche Informationen zu medizinischen Kontraindikationen für die Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 sind den verpflichtenden Produktinformationen der jeweiligen Impfstoffe sowie den Aufklärungsblättern zur Impfung mit den verschiedenen Impfstoffen zu entnehmen, die das Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Grünen Kreuz e.V. erstellt und auf seiner Internetseite zur Verfügung stellt. In jedem Fall sind die Produktinformationen zu beachten. So sollten zum Beispiel Personen, die vorübergehend aufgrund einer bestehenden akuten Erkrankung nicht geimpft werden können (z.B. Fieber mit 38,5 °C oder höher), erst nach Genesung geimpft werden. Darüber hinaus sind im Einzelfall sonstige medizinische

Ausschlussgründe hinreichend zu würdigen. Eine eingehende Beratung über die empfohlene Impfung ist ggf. anzubieten.

Ebenfalls ausgenommen von der Nachweispflicht sind Schwangere im ersten Schwangerschaftsdrittel. Die Schwangerschaft an sich ist ein relevanter Risikofaktor für schwere COVID-19-Verläufe. Die Impfung erzeugt in gleichem Maße bei Schwangeren wie bei Nicht-Schwangeren eine sehr gute Schutzwirkung vor Infektion und schweren Verläufen (Hospitalisierung). Es liegen nur begrenzte Erfahrungen mit der Anwendung von COVID-19 Impfstoffen bei Schwangeren vor. Die bisher vorliegenden Daten zur Sicherheit zeigen kein gehäuftes Auftreten von schweren unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) nach einer COVID-19 Impfung während der Schwangerschaft. Nach einer umfassenden systematischen Aufarbeitung und Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz zur Impfung in der Schwangerschaft sowie in der Stillzeit spricht die Ständige Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) eine Impfempfehlung für ungeimpfte Schwangere ab dem zweiten Trimenon aus. Die Empfehlungen der STIKO zur COVID-19 Schutzimpfung basieren auf dem aktuellen Wissensstand. Die Nutzen-Risiko-Bilanz einer COVID-19-Impfung für Schwangere wird fortlaufend durch die STIKO bewertet und ggfs. angepasst, sobald zusätzliche Impfstoffe in Deutschland zugelassen und verfügbar sind oder neue relevante Erkenntnisse mit Einfluss auf diese Empfehlung bekannt werden. Die STIKO-Empfehlung sowie die Publikation jeder Aktualisierung erfolgt im Epidemiologischen Bulletin und wird auf der Internetseite des RKI bekannt gegeben.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die (sofort vollziehbare) Befugnis der zuständigen Behörden zur anlasslosen Überprüfung, ob die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 1 erfüllt wird. Dies gilt grundsätzlich im gesamten öffentlichen Raum.

Auf Anforderung der zuständigen Behörde haben Personen nach Absatz 1 Satz 1 neben einem amtlichen Lichtbildausweis entweder einen Impf- oder Genesenennachweis nach § 22a Absatz 1 oder 2 oder ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass eine Schwangerschaft im ersten Trimenon oder eine medizinische Kontraindikation besteht oder ein Ausnahmetatbestand nach Absatz 2 Satz 1 in den letzten sechs Monaten vorlag.

Als ärztliches Zeugnis darüber, dass sich eine Person im ersten Schwangerschaftsdrittel befindet, ist auch der Mutterpass geeignet.

Behauptet eine Person, dass sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, hat sie zur Überprüfung dieser Behauptung auf Anforderung einen amtlichen Lichtbildausweis vorzulegen.

Behauptet eine Person, dass sie nicht seit mindestens sechs Monaten ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland hat, hat sie zur Überprüfung dieser Behauptung auf Anforderung einerseits einen amtlichen Lichtbildausweis vorzulegen sowie zum anderen diese Behauptung glaubhaft zu machen. Zur Glaubhaftmachung ist es ausreichend, wenn es überwiegend wahrscheinlich erscheint, dass die Person nicht seit mindestens sechs Monaten ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland hat (beispielsweise durch Vorlage eines Studierendenausweises einer nichtdeutschen Universität).

Zu Absatz 4

In Absatz 4 wird parallel zu den Kontrollen gemäß Absatz 3 eine strukturierte umfassende Nachweisführung der allgemeinen Impfpflicht eingeführt.

Erwachsene Personen nach Absatz 1 Satz 1 sind verpflichtet ab dem 1. Oktober 2022 Nachweise gemäß Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 auf Anforderung vorzulegen. Die Frist ermöglicht es zwischenzeitlich auch bisher nicht oder nicht-vollständig geimpften Personen einen vollständigen Impfschutz entsprechend dem empfohlenen Impfschema zu erlangen.

Die Personen nach Absatz 1 Satz 1 haben die Nachweise der zuständigen Stelle gemäß den Nummern 1 bis 4 daher bis zum 1. Oktober 2022 vorzulegen. Zuständig ist jeweils die Krankenkasse, das private Krankenversicherungsunternehmen oder sonstige Stelle, bei der die Person krankenversichert ist oder von der sie im Krankheitsfall Leistungen beanspruchen kann. Bloße Zusatzversicherungen bleiben außer Betracht.

Zu Nummer 1

GKV-Versicherte (Mitglieder wie Mitversicherte) und diese gleichgestellte Personen, für die die Krankenkassen nach § 264 Abs. 1 und 2 SGB V die Krankenbehandlung übernehmen, haben die Nachweise ihrer Krankenkasse vorzulegen.

Zu Nummer 2

Privat Krankenversicherte führen den Nachweis gegenüber ihrem privaten Versicherungsunternehmen. Mit privat Krankenversicherten sind Personen mit einer privaten Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Absatz 3 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz gemeint. Das Vorhandensein einer lediglich ergänzenden privaten Zusatzversicherung etwa bei gesetzlich Versicherten (z. B. Zahnzusatzversicherung, Krankenhauszusatzversicherung) löst keine zusätzliche Nachweispflicht gegenüber dem privaten Versicherungsunternehmen aus.

Zu Nummer 3

Die bei der Postbeamtenkrankenkasse grundversicherten Mitglieder und mitversicherten Angehörigen führen den Nachweis gegenüber der Postbeamtenkrankasse. Das Vorhandensein einer lediglich ergänzenden Zusatzversicherung löst keine zusätzliche Nachweispflicht gegenüber der Postbeamtenkrankenkasse aus.

Zu Nummer 4

Heilfürsorgeberechtigte sind nur gegenüber dem Heilfürsorgeträger nachweispflichtig, eine möglicher Weise ergänzend bestehende private Zusatzversicherung löst keine (zusätzliche) Impfnachweispflicht gegenüber dem privaten Krankenversicherer aus.

Der Statusgruppe der aktiven Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr wird als besoldungsrechtlicher Anspruch Heilfürsorge in Form der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung gewährt. Dieses Gesundheitsversorgungssystem steht außerhalb der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung und umfasst auch die Durchführung impfmedizinischer Maßnahmen durch einen Truppenarzt. Durch den Impfarzt der Bundeswehr erfolgt auch eine nachvollziehbare Dokumentation der stattgehabten Impfungen. Dies gilt auch für die Feststellung und Dokumentation eines Genesenenstatus.

Für aktive Soldatinnen und Soldaten besteht eine Duldungspflicht für die Impfung gegen SARS-CoV 2 auf der Grundlage des § 17a Absatz 2 Satz 1 Nummer Soldatengesetzes zur Aufrechterhaltung der Einsatzbereitschaft der Streitkräfte. Die damalige Bundesministerin der Verteidigung, Annegret Kramp-Karrenbauer, hatte am 24. November 2021 entschieden, die Impfung gegen COVID-19 in das duldungspflichtige Basisimpfschema aufnehmen zu lassen. Damit hat sie diese Duldungspflicht auf alle Soldatinnen und Soldaten ausgeweitet.

Absatz 4 Satz 2 verpflichtet zur Vorlage eines neuen Nachweises gemäß Absatz 3, wenn der zuvor vorgelegte Nachweis nach Absatz 3 seine Gültigkeit nach dem 1. Oktober 2022 aufgrund Zeitablaufs verliert. Das kann insbesondere der Fall sein, wenn ein Genesenennachweis nach 90 Tagen seine Wirksamkeit verliert. Eine erneute Nachweisführung kann insbesondere auch erforderlich sein, wenn eine Kontraindikation oder Schwangerschaft nicht mehr besteht. Die Vorlage der Nachweise erfolgt an die zuständigen Stellen gemäß den Nummer 1 bis 4 und hat binnen eines Monats nach Ablauf der Gültigkeit des Nachweises zu erfolgen. Wie die Vorlage der Nachweise zu erfolgen hat, wird ebenfalls in der Rechtsverordnung konkretisiert (siehe Absatz 8).

In Satz 3 werden privat krankenversicherte Versicherungsnehmer verpflichtet, ihrem Versicherer auf Anforderung die Anschriften des gewöhnlichen Aufenthaltsortes mitversicherter Personen mitzuteilen. Damit soll gewährleistet werden, dass auch für Mitversicherte, deren Adressen bisher mangels Erfordernis dem Versicherer nicht bekannt waren, Anschriften, insbesondere falls kein erforderlicher Nachweis der Mitversicherten eingeht, erfasst werden können und somit die Prüfung auch für diese Gruppe stattfinden kann. Die Anschriften können dann vom Versicherer für die gezielte Aufforderung zur Übermittlung eines Impf- bzw. Genesenennachweises oder bei fehlendem Nachweis gegebenenfalls für eine Meldung an die zuständige Behörde verwendet werden.

Zu Absatz 5

Absatz 5 ordnet an, dass für eine von den Verpflichtungen nach den Absätzen 3 und 4 betroffene und unter rechtlicher Betreuung stehende Person deren Betreuer für die Erfüllung der Verpflichtungen zu sorgen hat, soweit die Erfüllung dieser Verpflichtungen zu seinem Aufgabenkreis gehört.

Zu Absatz 6

In Absatz 6 wird die Unterstützung der Krankenkassen, der privaten Krankenversicherungsunternehmen sowie weiterer Stellen für die Erhebung des Impf- bzw. Genesenenstatus ihrer Versicherten geregelt.

Mit Satz 1 werden die Krankenkassen gemäß § 30 Absatz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) beauftragt sowie die privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, bei Personen nach Absatz 1 Satz 1, die bei ihnen versichert sind oder von ihnen versorgt werden, Nachweise zum Vorliegen eines vollständigen Impfschutzes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 oder über das Vorliegen einer Kontraindikation zu erheben, diese stichprobenhaft auf Echtheit und inhaltliche Richtigkeit zu prüfen und den für die Durchsetzung der Impfpflicht zuständigen Behörden die Versicherten namentlich zu melden, von denen ihnen keine ausreichenden Nachweise oder Bescheinigungen vorgelegt wurden. Eine entsprechende Verpflichtung trifft die Träger der Heilfürsorge sowie die Träger der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten oder der Postbeamtenkrankenkasse. Soweit die entsprechenden Nachweise bereits vorliegen, ist eine erneute Abfrage nicht erforderlich.

Da die Überprüfung der Einhaltung der allgemeinen Impflicht nicht in die originäre Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen fällt, bedarf es für diese neue und sozialversicherungsfremde Aufgabe nach § 30 Absatz 2 SGB IV einer expliziten gesetzlichen Aufgabenübertragung.

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen werden ausdrücklich zu dieser Aufgabe verpflichtet, da es sich bei der Überprüfung der Einhaltung der allgemeinen Impfpflicht nicht um eine Versicherungsleistung handelt und so eine verbindliche Rechtsgrundlage für diese versicherungsfremden Tätigkeiten geschaffen wird.

In Satz 2 wird diese Aufgabe weiter konkretisiert. Die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 haben zu diesem Zweck von den Versicherten die erforderlichen Nachweise nach Absatz 3 Satz 1 anzufordern, zu erheben, zu speichern und stichprobenbezogen auf Echtheit und inhaltliche Richtigkeit zu prüfen Weiterhin werden sie berechtigt und verpflichtet, personenbezogene Daten, d.h. insbesondere Adressdaten den zuständigen Behörden gemäß § 54 („Sanktionsbehörden“) zu übermitteln. Das Nähere zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten wird in einer Rechtsverordnung festgelegt (siehe Absatz 8).

Satz 3 legt abschließend die Verwendungszwecke für die personenbezogenen Daten nach Satz 2 fest. Die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 dürfen die von ihnen erhobenen personenbezogenen Daten nur für die Zwecke der Überprüfung nach Satz 1 und 2 und nur im hierfür notwendigen Umfang verarbeiten.

Satz 4 verbietet grundsätzlich die Zusammenführung der personenbezogenen Daten nach Satz 3 mit anderen Daten. Krankenkassen dürfen die bei den Versicherten erhobenen Daten nur nach Satz 5 mit den Daten des Versichertenverzeichnisses abgleichen, weil dies für die Erfüllung der den Krankenkassen nach Satz 1 übertragenen Aufgaben erforderlich ist. Private Versicherungsunternehmen dürfen die bei den Versicherten erhobenen Daten entsprechend mit ihren Datenbeständen abgleichen. Weiterhin sind nach Satz 5 die Daten zu löschen, wenn sie die Verarbeitung für die Prüfung der allgemeinen Impfpflicht nicht mehr erforderlich sind, spätestens am 31. Dezember 2023.

Da es sich bei der Kontrolle der Impfpflicht nicht um krankenkasseneigene bzw. krankenversicherungseigene Aufgaben handelt, sind nach Satz 6 den Kostenträgern der Krankenversorgung die entstehenden Aufwendungen zu ersetzen. Die Erstattung der durch die Beteiligung an der allgemeinen Impfpflicht entstehenden Kosten für die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 erfolgt aus Bundesmitteln. Das Nähere hierzu wird in einer Rechtsverordnung festgelegt (siehe Absatz 8).

Zu Absatz 7

In Absatz 7 wird normiert, in welchen Fällen die nach § 54 zuständige Stelle zu benachrichtigen ist, sodass diese weitere Untersuchungen sowie Rechtsfolgen anordnen kann.

Die Benachrichtigung erfolgt in den Satz 1 genannten Fällen. Dies ist nach den Nummern 1, 2 und 4 der Fall, wenn sie keinen tauglichen Nachweis gemäß Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 oder 2 nach Aufforderung vorgelegt hat oder wenn Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit eines Nachweises bestehen. Nach Nummer 3 hat auch dann eine Benachrichtigung zu erfolgen, wenn ein zur Mitteilung der Anschriften von Mitversicherten aufgeforderter privat versicherter Versicherungsnehmer diese Anschriften nicht übermittelt. Nach Nummer 5 hat auch dann eine Benachrichtigung zu erfolgen, wenn die Person entgegen der Verpflichtung nach Satz 4 nicht glaubhaft machen kann.

Die Benachrichtigungen erfolgen dabei von den Behörden gemäß Absatz 3 Satz 1 oder den zuständigen Stellen gemäß Absatz 4 Satz 1 oder 2 an die örtlich zuständige Behörde nach § 54, d.h. die Stelle in deren Bezirk die Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Zu Absatz 8

Die Vorschrift ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit, nach Anhörung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, des Verbands der Privaten Krankenversicherung und der weiteren Träger nach Nummer 3 und 4 ohne Zustimmung des Bundesrats in einer Rechtsverordnung Einzelheiten zur Umsetzung des § 20a zu regeln.

Dies betrifft verschiedene Bereiche, zu denen konkretisierende Regelungen erforderlich sind.

Zu Nummer 1

Nummer 1 bezieht sich zum einen auf die in Absatz 4 normierte Verfahren zur Vorlage eines Impf- oder Genesenennachweises oder eines ärztlichen Zeugnisses nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2. Zum anderen können in der Rechtsverordnung Einzelheiten der in Absatz 7 vorgesehenen Benachrichtigung der zuständigen Behörden durch die Behörden nach Absatz 3 und die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 geregelt werden.

Zu Nummer 2

Nach Nummer 2 können konkretisierende Vorgaben zur Anforderung nach Absatz 4 Satz 1 geregelt in der Rechtsverordnung geregelt werden. So können z.B. konkrete Inhalte vorgesehen werden.

Zu Nummer 3

Nach Nummer 3 kann Näheres zur die Errichtung und Ausgestaltung eines Portals zur Unterstützung der in Absatz 4 Satz 1 benannten Stellen bei ihren Aufgaben nach den Absätzen 4 und 6festgelegt werden. Dabei kann insbesondere auch die konkrete Aufgabe des Portals, z. B. die Information der nachweispflichtigen Personen, festgelegt werden.

Zu Nummer 4

Nach Nummer 4 können in der Rechtsverordnung technische Verfahren und Systeme festgesetzt werden, die beim Verfahren nach Absatz 4, insbesondere bei der Vorlage und Überprüfung der Nachweise nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 unterstützen können. In der Rechtsverordnung kann auch Näheres zur Bereitstellung dieser Systeme durch die in Absatz 4 Satz 1 benannten Stellen oder durch den Bund geregelt werden.

Zu Nummer 5 bis Nummer 7

Die Nummern 5 bis 7 beziehen sich auf die vorgesehene Kostenerstattung aus Bundesmitteln für die Stellen nach Absatz 4 Satz 1. Der Verordnungsgeber wird befugt, Art und Umfang der Erstattung sowie die hierfür notwendigen Verfahren einschließlich der auszahlenden Stelle zu bestimmen. Insbesondere kann festgelegt werden, ob ein Ausgleich der tatsächlichen Kosten erfolgt oder ob die Zahlung von Pauschalen zum Beispiel je Versicherten oder Mitglied vorgesehen wird. In der Rechtsverordnung können zudem beispielsweise Pflichten zum Nachweis der entstandenen Kosten und Vorlagefristen geregelt werden. Für die verschiedenen Akteure können gegebenenfalls unterschiedliche Verfahren vorgesehen werden.

Zu Nummer 8

Nach Nummer 8 können in der Rechtsverordnung konkretisierende Vorgaben zur Übermittlung von Daten, die im Nachweisverfahren bei den Krankenkassen anfallen, an das Forschungsdatenzentrum nach 303d SGB V getroffen werden. Hierbei kann insbesondere geregelt werden, welche konkreten Daten übermittelt werden, in welcher Form dies geschieht und zu welchen Zeitpunkten eine Datenlieferung durch die Krankenkassen zu erfolgen hat.

Zu Nummer 9

Nach Nummer 9 können notwendige konkretisierende Regelungen zur Verarbeitung personenbezogener Daten durch die in Absatz 4 Satz 1 benannten Stellen im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung nach Absatz 6 Satz 1 bis 5 und Absatz 7, nach Absatz 10 durch Rechtsverordnung geregelt werden. Auch für weitere im Verfahren einzube-

ziehender Bundeseinrichtungen, insbesondere des Robert Koch-Instituts bei der Anbindung bestehender technischer Systeme sowie des Portals nach Nummer 3, können konkretisierende Regelungen zur Verarbeitung personenbezogener Daten getroffen werden.

Zu Nummer 10

Nach Nummer 10 kann in der Rechtsverordnung geregelt werden, ob und in welchem Rahmen Validierungsdienste im Rahmen der in Absatz 6 enthaltenen Aufgaben der in nach Absatz 3 Satz 1 benannten Stellen eingesetzt werden können.

Zu Nummer 11

Nach Nummer 11 kann in der Rechtsverordnung geregelt werden, in welchem Rahmen bei der in Absatz 6 und 7 vorgesehenen Datenverarbeitung, beispielsweise im Rahmen der Anforderung, Erhebung, Speicherung und Prüfung der Nachweise, Auftragsverarbeiter miteinbezogen werden dürfen. Ein solcher Auftragsverarbeiter könnte beispielsweise für die privaten Krankenversicherungsunternehmen der Verband der Privaten Krankenversicherung oder eine andere dritte Stelle sein, derer sie sich bedienen, um ein einheitliches, ressourcensparendes Datenverarbeitungsverfahren zu etablieren und zu nutzen.

Zu Absatz 9

In Absatz 9 werden abweichend vom Verbot der Verarbeitung der nach Absatz 4 von den Stellen nach Absatz 4 Satz 1 erhobenen Daten für andere als in Absatz 4 genannte Zwecke Ausnahmen geregelt. Mit Satz 1 wird ermöglicht, diese Daten auch zur versichertenbezogenen Ansprache ihrer Versicherten bezüglich eines direkten Impfangebots zu nutzen. Dies erfolgt im Rahmen der Aufgabe der Krankenkassen nach § 20i Absatz 4 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) über fällige Schutzimpfungen zu versichertenbezogen zu informieren.

Zudem wird mit Satz 2 eine Rechtsgrundlage dafür geschaffen, dass die in Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2 genannten Stellen die nach Absatz 4 erhobenen Daten unmittelbar in die elektronische Patientenakte übertragen können, sofern der Versicherte nicht widerspricht. Der Versicherte ist über diese Übermittlung im Rahmen des in Absatz 6 geregelten Anforderungsverfahrens zu informieren und ihm ist im Rahmen der Information eine einfache Widerspruchsmöglichkeit einzuräumen, indem ein Widerspruch mit Ankreuzoption oder mit der Möglichkeit, einen Haken zu setzen, vorformuliert wird. Dies bietet dem Versicherten den Vorteil, dass die Daten seines COVID-19-Impfzertifikats oder seines COVID-19-Genesenenzertifikats, die seiner Krankenversicherung ohnehin zum Zweck der Überprüfung der Impfpflicht vorliegen, komfortabel in die elektronische Patientenakte eingestellt werden können. Ein Vorteil gegenüber einem eigenständigen Einstellen des Versicherten liegt darin, dass die in den COVID-19-Impfzertifikaten bzw. COVID-19-Genesenenzertifikaten verkörperten Daten bereits in strukturierter Form vorliegen und nach Übertragung in die elektronische Patientenakte dort ebenfalls in strukturierter Form gespeichert sind. Stellt der Versicherte sein Impf- oder Genesenenzertifikat hingegen selbst in die elektronische Patientenakte ein, ist das Zertifikat dort lediglich als PDF-Datei gespeichert und nicht in strukturierter Form. Dieses Verfahren stellt eine Ausnahme (Opt-Out) zu dem in § 341 Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch normierten Konzept der elektronischen Patientenakte dar, welches eine Datenübermittlung in die elektronische Patientenakte auf Verlangen und mit Einwilligung des Versicherten vorsieht.

Über das Opt-Out-Verfahren wird ein benutzerfreundlicher Ansatz verfolgt, damit die Versicherten auf einfache Weise ihre COVID-Zertifikate in der elektronischen Patientenakte, die als Kernelement der medizinischen Anwendungen einen großen Nutzen für die eigene medizinische Versorgung entfaltet, gespeichert werden.

Damit Versicherte, die noch nicht über eine elektronische Patientenakte verfügen, ebenfalls die Daten des COVID-19-Impfzertifikates oder des COVID-19-Genesenenzertifikates in ihrer elektronischen Patientenakte speichern können, müssen für alle Versicherten umgehend eine elektronische Patientenakte eingerichtet werden und die Versicherten unmittelbar auf die Möglichkeit der aktiven Nutzung der elektronischen Patientenakte hingewiesen werden. Die Möglichkeit der Beantragung der aktiven Nutzung sollte benutzerfreundlich ausgestaltet sein und neben dem digitalen Weg auch die Beantragung in einer Geschäftsstelle oder in einer Apotheke erlauben.

Die technischen Voraussetzungen dafür, dass die Daten der Zertifikate als Teil der elektronischen Patientenakte zur Verfügung gestellt werden können, sind von den Adressaten der Regelung bis zum 1. November 2022 zu schaffen.

Zu Absatz 10

Im Verfahren bei der Nachweispflicht fallen bei den zur Überprüfung verpflichteten Stellen wertvolle Daten zu den Impfstatus an. Um gemeinnützige Forschung im Bereich des Coronavirus und von Fragen der Infektiologie, Epidemiologie und Virologie zu ermöglichen, und damit insbesondere für die künftige Pandemievorsorge, werden die Krankenkassen verpflichtet diese an das Forschungsdatenzentrum nach § 303d SGB V zu übermitteln. Die Daten werden dort in pseudonymisierter Form in einem sicheren Verfahren für Forschungszwecke und für weitere gemeinnützige Zwecke nach § 303e Absatz 2 SGB V bereitgestellt. Durch die Überführung der Daten zum Impfstatus der Versicherten bei den Krankenkassen wird der Datenbestand des Forschungsdatenzentrums um eine wertvolle Facette erweitert. Hierdurch wird pandemierelevante Forschung auch in Deutschland in einer neuen Quantität und Qualität ermöglicht. Damit wird sichergestellt, dass die gesamte Bevölkerung von den Daten profitiert.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung der Überschrift der Regelungen zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht, die nun in § 20b verschoben wurde.

Zu Buchstabe b

Da die Kriterien für die Impfnachweis nun in § 22a festgelegt werden, wird der Verweis auf die Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung durch einen Verweis auf § 22a Absatz 1 ersetzt.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa und bb

Da die Kriterien für die Impf- und Genesenennachweise nun in § 22a festgelegt werden, wird der Verweis auf die Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung durch einen Verweis auf § 22a Absatz 1 bzw. Absatz 2 ersetzt.

Zu Doppelbuchstabe cc

Parallel zu den Ausnahmetatbeständen für die allgemeine Impfpflicht in § 20a Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 sind auch bei der einrichtungsbezogenen Impfpflicht Personen, die sich im ersten Schwangerschaftsdrittel befinden, von der einrichtungsbezogenen Impfpflicht ausgenommen. Sie haben dazu ein ärztliches Zeugnis darüber, dass sie sich im ersten Schwangerschaftsdrittel befinden, vorzulegen. Als ein entsprechendes ärztliches Zeugnis ist auch der Mutterpass geeignet.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe d

Die Regelungen des Absatzes 5 wurden in § 20c überführt.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe f

Dem Zitiergebot wird mit Artikel 5 Rechnung getragen.

Zu Nummer 4

§ 20c (Weiteres Verfahren; Verordnungsermächtigung)

Zu Absatz 1

Jede Person, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Bezirk der vom Land für das weitere Verfahren nach § 20a Absatz 7 Satz 1 bestimmten zuständigen Behörde hat, ist verpflichtet, auf deren Anforderung einen Nachweis

nach § 20a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 vorzulegen, eine Glaubhaftmachung nach § 20a Absatz 3 Satz 4 zu erbringen oder eine Mitteilung nach § 20a Absatz 4 Satz 3 abzugeben. § 20a Absatz 5 gilt entsprechend.

Mit der Verpflichtung zur Mitteilung nach § 20a Absatz 4 Satz 3 wird es den Behörden ermöglicht, von privat versicherten Versicherungsnehmern, die trotz Anforderung des PKV-Unternehmens die Anschriften von Mitversicherten nicht mitteilen, diese ihrerseits anzufordern. Dies dient der Gleichbehandlung von Versicherten bei der Überprüfung der Pflicht zur Übermittlung von Impf- bzw. Genesenennachweisen.

Zu Absatz 2

Die in § 20b Absatz 1 Satz 1 genannten Personen haben dem Gesundheitsamt oder der Stelle nach § 20b Absatz 2 Satz 3, in dessen oder deren Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet, auf Anforderung einen Nachweis nach § 20b Absatz 2 Satz 1 vorzulegen.

Zu Absatz 3

Bestehen Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit eines vorgelegten Nachweises, so kann die für das weitere Verfahren nach § 20a Absatz 6 Satz 1 bestimmte zuständige Behörde, in deren Bezirk die betroffene Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort hat (Nummer 1), oder das Gesundheitsamt oder die Stelle nach § 20b Absatz 2 Satz 3, in dessen oder deren Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet (Nummer 2), eine ärztliche Untersuchung der betroffenen Person dazu anordnen, ob die betroffene Person auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden kann. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen eine nach Satz 1 erlassene Anordnung haben keine aufschiebende Wirkung. § 20a Absatz 5 gilt entsprechend.

Zu Absatz 4

Das Gesundheitsamt oder die Stelle nach § 20b Absatz 2 Satz 3, in deren Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet, kann einer Person, die trotz der Anforderung nach Absatz 2 keinen Nachweis nach § 20b Absatz 2 Satz 1 innerhalb einer angemessenen Frist vorlegt oder der Anordnung einer ärztlichen Untersuchung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 nicht Folge leistet, untersagen, dass sie die dem Betrieb einer in § 20b Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtung oder eines in § 20b Absatz 1 Satz 1 genannten Unternehmens dienenden Räume betritt oder in einer solchen Einrichtung oder einem solchen Unternehmen tätig wird. Bei der Entscheidung kann die jeweilige Versorgungssituation berücksichtigt werden. Widerspruch und Anfechtungsklage eine Satz 1 erlassene Anordnung haben keine aufschiebende Wirkung.

Zu Absatz 5

Das Gesundheitsamt oder die Stelle nach § 20b Absatz 2 Satz 3, in dessen oder deren Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen nach § 20b Absatz 1 Satz 1 befindet, übermittelt ab dem 1. Oktober 2022 der für das weitere Verfahren nach § 20a Absatz 7 Satz 1 bestimmten zuständigen Behörde, in deren Bezirk die betroffene Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort die für das weitere Verfahren erforderlichen personenbezogenen Angaben nach § 2 Nummer 16. Bußgeldverfahren und Verwaltungszwangsverfahren sind ab dem 1. Oktober 2022 ausschließlich durch die für das nach § 20a Absatz 7 Satz 1 bestimmte zuständige Behörde, in deren Bezirk die betroffene Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort hat, durchzuführen.

Zu Absatz 6

Bevor Maßnahmen nach Absatz 4 ergriffen oder ein Verwaltungszwangsverfahren eingeleitet werden, ist die betroffene Person auf die Möglichkeit einer Impfberatung und einer kostenlosen Schutzimpfung hinzuweisen und ist ihr Gelegenheit zu geben, einen Nachweis innerhalb einer angemessenen Frist vorzulegen. Sobald ein Nachweis nach § 20a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 oder nach § 20b Absatz 2 Satz 1 vorgelegt wird, ist die Maßnahme nach Absatz 4 aufzuheben oder das Verwaltungszwangsverfahren oder das Bußgeldverfahren mit sofortiger Wirkung einzustellen.

Zu Absatz 7

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, ohne Zustimmung des Bundesrates Vorgaben hinsichtlich des Übermittlungsverfahrens sowie für die Verarbeitung personenbezogener Daten nach den Absätzen 1 und 2 festzulegen.

Zu Nummer 5

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung. Durch das Einfügen neuer Vorschriften wird aus dem bisherigen § 20b der § 20d. Inhaltliche Änderungen sind damit nicht verbunden.

Zu Nummer 6

§ 20e (Befristung, Ermächtigung des Bundestages zur Verlängerung)

Zu Absatz 1

Die §§ 20a bis § 20d gelten bis zum Ablauf des 31. Dezember 2023.

Zu Absatz 2

Der Deutsche Bundestag kann durch im Bundesgesetzblatt bekanntzumachenden Beschluss die Geltung der §§ 20a bis § 20d aufheben oder die Frist nach Satz 1 um jeweils bis zu ein Jahr verlängern.

Zu Absatz 3

Die Bundesregierung evaluiert die Regelungen §§ 20a bis 20d bis zur Aufhebung ihrer Geltung quartalsweise und berichtet an den Deutschen Bundestag.

Zu Nummer 7

§ 22 Absatz 5 bis 7 wurden in § 22a überführt.

Zu Nummer 8

§ 22a (Impf-, Genesenen- und Testnachweis bei COVID-19; COVID-19-Zertifikate; Verordnungsermächtigung)

Zu Absatz 1

Zu Satz 1

Ein Impfnachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens eines vollständigen Impfschutzes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form.

Zu Satz 2

Ein vollständiger Impfschutz gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 liegt vor, wenn kumulativ die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind: Die zugrundeliegenden Einzelimpfungen sind mit einem von der Europäischen Union zugelassenen Impfstoff, mit verschiedenen von der Europäischen Union zugelassenen oder mit äquivalenten Impfstoffen oder mit einer Verordnung nach Absatz 4 bestimmten Impfstoffen erfolgt (Nummer 1), insgesamt sind drei Einzelimpfungen erfolgt (Nummer 2) und die letzte Einzelimpfung ist mindestens drei Monate nach der zweiten Einzelimpfung erfolgt (Nummer 3).

Zu Satz 3

In den folgenden Konstellationen liegt abweichend von Satz 2 Nummer 2 ein vollständiger Impfschutz auch bei zwei Einzelimpfungen vor.

Zu Nummer 1

Ein vollständiger Impfschutz liegt bei zwei Einzelimpfungen vor, wenn die betroffene Person einen bei ihr durchgeführten spezifischen positiven Antikörpertest in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form nachweisen kann und dieser Antikörpertest zu einer Zeit erfolgt ist, zu der die betroffene Person noch keine Einzelimpfung gegen COVID-19 erhalten hatte.

Zu Nummer 2

Weiterhin liegt ein vollständiger Impfschutz bei zwei Einzelimpfungen vor, wenn die betroffene Person mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert gewesen ist, sie diese Infektion mit einem Testnachweis über einen direkten

Erregernachweis nachweisen kann, und die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung auf einer Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) beruht (Buchstabe a) sowie zu einer Zeit erfolgt ist, zu der die betroffene Person noch nicht die zweite Impfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erhalten hat (Buchstabe b).

Zu Nummer 3

Schließlich liegt ein vollständiger Impfschutz bei zwei Einzelimpfungen vor, wenn die betroffene Person sich nach Erhalt der zweiten Einzelimpfung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert hat, sie diese Infektion mit einem Testnachweis über einen direkten Erregernachweis nachweisen kann und die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung auf einer Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) beruht (Buchstabe a) sowie seit dem Tag der Durchführung der dem Testnachweis zugrundeliegenden Testung 28 Tage vergangen sind (Buchstabe b).

Zu Satz 4 und 5

Abweichend von Satz 2 Nummer 2 liegt ein vollständiger Impfschutz bis zum 30. September 2022 auch bei zwei Einzelimpfungen vor. Abweichend von Satz 3 liegt in den dort genannten Fällen ein vollständiger Impfschutz bis zum 30. September 2022 auch bei einer Einzelimpfung vor, an die Stelle der dort genannten zweiten Einzelimpfung tritt in diesen Fällen die erste Einzelimpfung.

Zu Absatz 2

Ein Genesenennachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens eines durch vorherige Infektion erworbenen Immunschutzes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form, wenn die vorherige Infektion durch einen direkten Erregernachweis nachgewiesen wurde (Nummer 1) und die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion mindestens 28 Tage und höchstens 90 Tage zurückliegt (Nummer 2).

Zu Absatz 3

In Absatz 3 werden die Anforderungen für einen Testnachweis festgelegt.

Zu Absatz 4

Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates von den Absätzen 1 bis 3 abweichende Anforderungen an einen Impf-, einen Genesenen- und einen Testnachweis zu regeln. Dies gilt jedoch nur, sofern diese abweichenden Anforderungen für die jeweils betroffenen Personen eindeutig vorteilhaft sind. Es dürfen folglich nur Regelungen getroffen werden, die die Voraussetzungen zur Erlangung des Impf-, Genesenen- oder Teststatus erleichtern, insbesondere dürfen in der Rechtsverordnung keine strengeren Anforderungen getroffen werden.

Hinsichtlich des Impfnachweises darf die Bundesregierung in dieser Rechtsverordnung abweichend von Absatz 1 die Intervallzeiten, die nach jeder Einzelimpfung für einen vollständigen Impfschutz abgewartet werden müssen und die zwischen den Einzelimpfungen liegen dürfen (Buchstabe a). Außerdem darf die Bundesregierung hinsichtlich der Zahl und möglichen Kombinationen der Einzelimpfungen für einen vollständigen Impfschutz (Buchstabe b) sowie hinsichtlich weiterer Impfstoffe, deren Verwendung für einen Impfnachweis im Sinne des Absatzes 1 anerkannt werden (Buchstabe c), abweichende Anforderungen durch Rechtsverordnung regeln.

Hinsichtlich des Genesenennachweises darf die Bundesregierung in dieser Rechtsverordnung abweichend von Absatz 2 die Art des Nachweises, mit der die vorherige Infektion nachgewiesen worden sein kann (Buchstabe a), die Zeit, die nach der Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion vergangen sein muss (Buchstabe b), die Zeit, die die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion zurückliegen darf (Buchstabe c)

Hinsichtlich des Testnachweises darf die Bundesregierung in dieser Rechtsverordnung abweichend von Absatz 3 weitere Nachweismöglichkeiten, mit der die vorherige Infektion nachgewiesen worden sein kann, regeln.

Zu Absatz 5

Zusätzlich zu der Impfdokumentation ist auf Wunsch der geimpften Person die Durchführung einer Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Impfzertifikat) durch die zur

Durchführung der Schutzimpfung berechtigte Person (Nummer 1) oder nachträglich von jedem Arzt oder Apotheker (Nummer 2) zu bescheinigen.

Die Verpflichtung nach Satz 1 Nummer 2 besteht nur, wenn dem Arzt oder Apotheker eine Impfdokumentation über eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 vorgelegt wird und er sich zum Nachtrag unter Verwendung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung der Ausstellung eines unrichtigen COVID-19-Impfzertifikats, insbesondere, um die Identität der geimpften Person und die Authentizität der Impfdokumentation nachzuprüfen, bereit erklärt hat. Zur Erstellung des COVID-19-Impfzertifikats übermittelt die zur Bescheinigung der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 verpflichtete Person die in § 22 Absatz 2 Satz 1 und § 22 Absatz 4 genannten personenbezogenen Daten an das Robert Koch-Institut, das das COVID-19-Impfzertifikat technisch generiert. Das Robert Koch-Institut ist befugt, die zur Erstellung und Bescheinigung des COVID-19-Impfzertifikats erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten.

Zu Absatz 6

Die Durchführung oder Überwachung einer Testung in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 ist auf Wunsch der betroffenen Person in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Genesenenzertifikat) entweder durch die zur Durchführung oder Überwachung der Testung berechtigte Person (Nummer 1) oder nachträglich von jedem Arzt oder Apotheker (Nummer 2).

Die Verpflichtung nach Satz 1 Nummer 2 besteht nur, wenn dem Arzt oder Apotheker eine Testdokumentation in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 vorgelegt wird und er sich zum Nachtrag unter Verwendung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung der Ausstellung eines unrichtigen COVID-19-Genesenenzertifikats, insbesondere, um die Identität der getesteten Person und die Authentizität der Testdokumentation nachzuprüfen, bereit erklärt hat.

Zu Absatz 7

Die Durchführung oder Überwachung einer Testung in Bezug auf einen negativen Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 ist auf Wunsch der getesteten Person durch die zur Durchführung oder Überwachung der Testung berechtigten Person in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Testzertifikat) zu bescheinigen.

Zu Nummer 9

Da die Kriterien für die Impf-, Genesenen- und Testnachweise nun in § 22a festgelegt werden, wird der Verweis auf die Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung durch einen Verweis auf § 22a Absatz 1, Absatz 2 oder Absatz 3 ersetzt.

Zu Nummer 10

§ 54c Satz 1 sieht vor, dass die Vollstreckung einer Anforderung nach § 20c Absatz 1 und Absatz 2 ausschließlich durch die Verhängung eines Zwangsgeldes erfolgen kann. Im Falle der Uneinbringlichkeit des Zwangsgeldes ist die Anordnung von Ersatzzwangshaft oder (einige Bundesländer betreffend) Erzwingungshaft durch § 54c Satz 2 ausgeschlossen.

Die Beschränkung der Zwangsmittel auf das Zwangsgeld und der Ausschluss der Ersatzzwangshaft bzw. Erzwingungshaft sind aus gesellschaftspolitischen Gründen gerechtfertigt. Die zuständigen staatlichen Stellen sind längere Zeit davon ausgegangen, dass eine Impfpflicht nicht erforderlich sein werde, und haben dies entsprechend kommuniziert. Vor diesem Hintergrund würde eine mit dem vollen Arsenal staatlicher Zwangsmittel verknüpfte Impfpflicht als besonders schwerwiegend empfunden werden, so dass in diesem Ausnahmefall von diesen Zwangsmitteln nur eingeschränkt Gebrauch gemacht werden soll.

Zu Nummer 11

Die Ordnungswidrigkeitentatbestände werden angepasst.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es werden folgende neuen Bußgeldtatbestände eingeführt:

a) Absatz 1a Nummere 7e sanktioniert die Zuwiderhandlung gegen eine vollziehbare Anordnung nach § 20a Absatz 3 Satz 1,

b) Nummer 7f sanktioniert, die nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfolgte Vorlage eines Nachweises nach § 20a Absatz 4 Satz 1 oder 2,

c) Nummer 7g sanktioniert, denjenigen, der entgegen § 20a Absatz 5, auch in Verbindung mit § 20c Absatz 1 Satz 1, nicht dafür sorgt, dass eine dort genannte Verpflichtung eingehalten wird.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung der Nummer 3 (der bisherige § 20a wird § 20c).

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung der Nummer 3 (der bisherige § 20a wird § 20c) sowie der Nummer 4 Buchstabe d) (Aufhebung des Absatzes 5). Eine entsprechende Neuregelung findet sich nun in § 20c Absatz 4 Satz 1.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung der Nummer 3 (der bisherige § 20a wird § 20c).

Zu Doppelbuchstabe ee

Auf Grundlage des § 20c Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 wird folgender neuer Bußgeldtatbestand eingeführt:

Absatz 1a Nummer 7k sanktioniert die nachweispflichtigen Personen, die entgegen § 20c Absatz 1 Satz 1 (allgemeine Nachweispflicht) oder Absatz 2 (einrichtungsbezogene Impfpflicht) einen dort genannten Nachweis nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegen oder eine dort genannte Glaubhaftmachung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erbringen oder eine dort genannte Mitteilung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig abgeben.

Zu Buchstabe b

Eine Ordnungswidrigkeit der Nummer 7k kann nach § 73 Absatz 2 mit einer Geldbuße bis zu zweitausendfünfhundert Euro geahndet werden.

Zu Nummer 12

Satz 1 Nummer 1 reduziert das Ermessen der Verfolgungsbehörde sowie des Gerichts in Bußgeldverfahren wegen Verstößen gegen die Nachweis- bzw. Erbringungspflicht nach § 20c Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 dahingehend auf Null, dass bei Vorliegen der Voraussetzungen des 20c Absatz 6 Satz 2 das Verfahren einzustellen ist. Sobald ein Nachweis nach § 20a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 oder 2 oder nach § 20b Absatz 2 Satz 1 vorgelegt wird, ist ein bereits eingeleitetes, aber noch nicht rechtskräftig abgeschlossenes Bußgeldverfahren einzustellen. In diesen Fällen ist eine Ahndung nicht mehr erforderlich.

Durch Satz 1 Nummer 2 wird zudem die Erzwingungshaft nach § 96 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten (OWiG) in den Fällen des § 73 Absatz 1a Nummer 7e, 7f, 7g und 7k ausgeschlossen. Die Erzwingungshaft kann nach ihrer gesetzgeberischen Intention gegen Betroffene angeordnet werden, die zwar zahlungsfähig, aber nicht zahlungswillig sind. Der Ausschluss der Erzwingungshaft bei den bußgeldbewehrten Nachweis- bzw. Erbringungspflichten nach § 20c Absatz 1 und 2 2, § 20a Absatz 3 und 4 im Rahmen der Impfpflicht ist sachgerecht, weil eine mit diesem sehr stark wirkenden staatlichen Zwangsmittel verknüpfte Nachweis- bzw. Erbringungspflicht im Rahmen der Impfpflicht als besonders schwerwiegend empfunden werden würde und die Befolgungsbereitschaft gefährden könnte. Eine breite Akzeptanz für die Impfpflicht in der Gesellschaft ist aber erforderlich, um durch eine hohe Impfquote die Ziele des Gesetzes zu erreichen. Deshalb soll in diesem Ausnahmefall vom Mittel der Erzwingungshaft kein Gebrauch gemacht werden.

Die gleichen Erwägungen gelten für den in Satz 1 Nummer 3 vorgesehenen Ausschluss der Anordnung einer Erzwingungshaft nach § 802g ZPO zur Abgabe einer Vermögensauskunft.

Satz 2 bestimmt, dass die Zustimmung der Staatsanwaltschaft abweichend von § 47 Absatz 2 Satz 1 OWiG in den Fällen des Satzes 1 Nummer 1 nicht erforderlich ist.

Zu Nummer 13

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, da § 22 Absatz 5 bis 7 in § 22a überführt wurden.

Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 20a Absatz 6 Infektionsschutzgesetz. Mit der Ergänzung werden die Krankenkassen befugt, ihnen bereits im Versichertenverzeichnis nach § 288 SGB V vorliegende versichertenbezogene Daten auch für die Wahrnehmung der ihnen nach § 20a Absatz 6 Infektionsschutzgesetz zugewiesenen Aufgaben im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.

Zu Nummer 2

In § 303b Absatz 1 wird eine weitere Ziffer 3a ergänzt, wonach Daten hinsichtlich Angaben zur Erfüllung der COVID-19-Nachweispflicht nach § 20a Infektionsschutzgesetz durch die die Krankenkassen an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Datensammelstelle übermittelt werden.

Zu Nummer 3

Durch die Regelung wird ermöglicht, dass in diesem Bereich der elektronischen Patientenakte, neben den Daten der Impfdokumentation nach § 22 des Infektionsschutzgesetzes (elektronische Impfdokumentation) auch die Daten des COVID-19-Impfzertifikats und des COVID-19-Gensenenzertifikats nach § 22a Absatz 5 und 6 des Infektionsschutzgesetzes (elektronische Zertifikate) eingestellt werden können

Zu Nummer 4

Durch die Regelung wird festgelegt, dass, abweichend von der Verpflichtung der Krankenkassen zur Umsetzung der elektronischen Impfdokumentation in der elektronischen Patientenakte zum 1. Januar 2022, die Umsetzung der elektronischen Zertifikate zum 1. November 2022 zu erfolgen hat.

Zu Nummer 5

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Regelung in § 20a Absatz 9 des Infektionsschutzgesetzes. Sie enthält den Anspruch des Versicherten gegenüber der Krankenkasse auf Übermittlung und Speicherung seiner nach § 341 Absatz 2 Nummer 5 gespeicherten Daten des COVID-19-Impfzertifikats und des COVID-19-Genesenenzertifikats, die die Krankenkasse nach § 20a Absatz 4 des Infektionsschutzgesetzes erlangt hat, in der elektronischen Patientenakte. Der Anspruch entsteht, sofern der Versicherte nicht widersprochen hat. Die Übermittlung der Daten erfolgt über den Anbieter der elektronischen Patientenakte.

Zu Artikel 3 (Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie)

Die Artikel 2 und 23 Absatz 4 des Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S.5162) werden aufgehoben. Damit wird die Regelung aufgehoben, dass die bisherigen § 20a und § 20b mit dem 1. Januar 2023 außer Kraft treten. Im neuen § 20e wird stattdessen eine Befristung auf den 31. Dezember 2023 vorgesehen.

Zu Artikel 4 (Einschränkung von Grundrechten)

Die Vorschrift trägt den Anforderungen des Zitiergebotes nach Artikel 19 Absatz 1 Satz 2 GG umfassend Rechnung. Die Zitierung im bisherigen § 20a Abs. 7 IfSG kann dementsprechend entfallen.

Zu Artikel 5 (Änderung der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung)

Artikel 6 enthält Folgeänderungen der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung (SchAusnahmV), die der Aufnahme der bisher in § 2 Nummer 3, 5 und 7 SchAusnahmV enthaltenen Begriffsbestimmungen des Impf-, des Genesenen- und des Testnachweises in § 22a Absatz 1 bis 3 IfSG Rechnung tragen.

Zu Artikel 6 (Änderung der Coronavirus-Einreiseverordnung)

Artikel 7 enthält Folgeänderungen der Coronavirus-Einreiseverordnung (CoronaEinreiseV), die der Aufnahme der bisher in § 2 Nummer 5, 7 und 9 CoronaEinreiseV enthaltenen Begriffsbestimmungen des Test-, des Genesenen- und des Impfnachweises in § 22a Absatz 1 bis 3 IfSG Rechnung tragen.

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Das Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

- Leerseite -

§ 5
Epidemische Lage von nationaler Tragweite

(1) 1Der Deutsche Bundestag kann eine epidemische Lage von nationaler Tragweite feststellen, wenn die Voraussetzungen nach Satz 6 vorliegen. 2Der Deutsche Bundestag hebt die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite wieder auf, wenn die Voraussetzungen nach Satz 6 nicht mehr vorliegen. 3Die Feststellung nach Satz 1 gilt als nach Satz 2 aufgehoben, sofern der Deutsche Bundestag nicht spätestens drei Monate nach der Feststellung nach Satz 1 das Fortbestehen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite feststellt; dies gilt entsprechend, sofern der Deutsche Bundestag nicht spätestens drei Monate nach der Feststellung des Fortbestehens der epidemischen Lage von nationaler Tragweite das Fortbestehen erneut feststellt. 4Die Feststellung des Fortbestehens nach Satz 3 gilt als Feststellung im Sinne des Satzes 1. 5Die Feststellung und die Aufhebung sind im Bundesgesetzblatt bekannt zu machen. 6Eine epidemische Lage von nationaler Tragweite liegt vor, wenn eine ernsthafte Gefahr für die öffentliche Gesundheit in der gesamten Bundesrepublik Deutschland besteht, weil

1. die Weltgesundheitsorganisation eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite ausgerufen hat und die Einschleppung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland droht oder
2. eine dynamische Ausbreitung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit über mehrere Länder in der Bundesrepublik Deutschland droht oder stattfindet.

7Solange eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt ist, unterrichtet die Bundesregierung den Deutschen Bundestag regelmäßig mündlich über die Entwicklung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite.

(2) 1Das Bundesministerium für Gesundheit wird im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite unbeschadet der Befugnisse der Länder ermächtigt,

1. bis 3. (weggefallen)
4. durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln einschließlich Impfstoffen und Betäubungsmitteln, mit Medizinprodukten, Labordiagnostik, Hilfsmitteln, Gegenständen der persönlichen Schutzausrüstung und Produkten zur Desinfektion sowie zur Sicherstellung der Versorgung mit Wirk-, Ausgangs- und Hilfsstoffen, Materialien, Behältnissen und Verpackungsmaterialien, die zur Herstellung und zum Transport der zuvor genannten Produkte erforderlich sind, zu treffen und
   a) Ausnahmen von den Vorschriften des Arzneimittelgesetzes, des Betäubungsmittelgesetzes, des Apothekengesetzes, des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, des Transfusionsgesetzes, des Heilmittelwerbegesetzes sowie der auf ihrer Grundlage erlassenen Rechtsverordnungen, der medizinprodukterechtlichen Vorschriften und der die persönliche Schutzausrüstung betreffenden Vorschriften zum Arbeitsschutz, die die Herstellung, Kennzeichnung, Zulassung, klinische Prüfung, Anwendung, Verschreibung und Abgabe, Ein- und Ausfuhr, das Verbringen und die Haftung, sowie den Betrieb von Apotheken einschließlich Leitung und Personaleinsatz regeln, zuzulassen,
   b) die zuständigen Behörden zu ermächtigen, im Einzelfall Ausnahmen von den in Buchstabe a genannten Vorschriften zu gestatten, insbesondere Ausnahmen von den Vorschriften zur Herstellung, Kennzeichnung, Anwendung, Verschreibung und Abgabe, zur Ein- und Ausfuhr und zum Verbringen sowie zum Betrieb von Apotheken einschließlich Leitung und Personaleinsatz zuzulassen,
   c) Maßnahmen zum Bezug, zur Beschaffung, Bevorratung, Verteilung und Abgabe solcher Produkte durch den Bund zu treffen sowie Regelungen zu Melde- und Anzeigepflichten vorzusehen,
   d) Regelungen zur Sicherstellung und Verwendung der genannten Produkte sowie bei enteignender Wirkung Regelungen über eine angemessene Entschädigung hierfür vorzusehen,
   e) ein Verbot, diese Produkte zu verkaufen, sich anderweitig zur Überlassung zu verpflichten oder bereits eingegangene Verpflichtungen zur Überlassung zu erfüllen sowie Regelungen über eine angemessene Entschädigung hierfür vorzusehen,
   f) Regelungen zum Vertrieb, zur Abgabe, Preisbildung und -gestaltung, Erstattung, Vergütung sowie für den Fall beschränkter Verfügbarkeit von Arzneimitteln einschließlich Impfstoffen zur Priorisierung der Abgabe und Anwendung der Arzneimittel oder der Nutzung der Arzneimittel durch den Bund und die Länder zu Gunsten bestimmter Personengruppen vorzusehen,

g) Maßnahmen zur Aufrechterhaltung, Umstellung, Eröffnung oder Schließung von Produktionsstätten oder einzelnen Betriebsstätten von Unternehmen, die solche Produkte produzieren sowie Regelungen über eine angemessene Entschädigung hierfür vorzusehen;

5. nach § 13 Absatz 1 des Patentgesetzes anzuordnen, dass eine Erfindung in Bezug auf eines der in Nummer 4 vor der Aufzählung genannten Produkte im Interesse der öffentlichen Wohlfahrt oder im Interesse der Sicherheit des Bundes benutzt werden soll; das Bundesministerium für Gesundheit kann eine nachgeordnete Behörde beauftragen, diese Anordnung zu treffen;

6. die notwendigen Anordnungen

   a) zur Durchführung der Maßnahmen nach Nummer 4 Buchstabe a und

   b) zur Durchführung der Maßnahmen nach Nummer 4 Buchstabe c bis g

   zu treffen; das Bundesministerium für Gesundheit kann eine nachgeordnete Behörde beauftragen, diese Anordnung zu treffen;

7. durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung in ambulanten Praxen, Apotheken, Krankenhäusern, Laboren, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und in sonstigen Gesundheitseinrichtungen in Abweichung von bestehenden gesetzlichen Vorgaben vorzusehen und

   a) untergesetzliche Richtlinien, Regelungen, Vereinbarungen und Beschlüsse der Selbstverwaltungspartner nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und nach Gesetzen, auf die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch Bezug genommen wird, anzupassen, zu ergänzen oder auszusetzen,

   b) abweichend von der Approbationsordnung für Ärzte die Regelstudienzeit, die Zeitpunkte und die Anforderungen an die Durchführung der einzelnen Abschnitte der Ärztlichen Prüfung und der Eignungs- und Kenntnisprüfung festzulegen und zu regeln, dass Medizinstudierenden infolge einer notwendigen Mitwirkung an der Gesundheitsversorgung keine Nachteile für den Studienfortschritt entstehen,

   c) abweichend von der Approbationsordnung für Zahnärzte, sofern sie nach § 133 der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen weiter anzuwenden ist, die Regelstudienzeit, die Anforderungen an die Durchführung der naturwissenschaftlichen Vorprüfung, der zahnärztlichen Vorprüfung und der zahnärztlichen Prüfung festzulegen und alternative Lehrformate vorzusehen, um die Fortführung des Studiums zu gewährleisten,

   d) abweichend von der Approbationsordnung für Apotheker die Regelstudienzeit, die Zeitpunkte und die Anforderungen an die Durchführung der einzelnen Prüfungsabschnitte der pharmazeutischen Prüfung sowie die Anforderungen an die Durchführung der Famulatur und der praktischen Ausbildung festzulegen und alternative Lehrformate vorzusehen, um die Fortführung des Studiums zu gewährleisten,

   e) abweichend von der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Regelstudienzeit festzulegen,

   f) abweichend von der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen die Regelstudienzeit, die Zeitpunkte und die Anforderungen an die Durchführung der einzelnen Abschnitte der Zahnärztlichen Prüfung und der Eignungs- und Kenntnisprüfung, des Krankenpflegedienstes und der Famulatur festzulegen und alternative Lehrformate vorzusehen, um die Fortführung des Studiums und die Durchführung der Prüfungen zu gewährleisten,

   g) Vorgaben festzulegen zur

      aa) Erfassung, Aufrechterhaltung und Sicherung intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten in Krankenhäusern,

      bb) Meldung der Auslastung dieser Kapazitäten an eine vom Bundesministerium für Gesundheit zu bestimmende Stelle und

      cc) zu den Folgen unterlassener oder verspäteter Meldungen;

8. durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Abweichung von bestehenden gesetzlichen Vorgaben vorzusehen und

   a) bundesgesetzliche oder vertragliche Anforderungen an Pflegeeinrichtungen auszusetzen oder zu ändern,

   b) untergesetzliche Richtlinien, Regelungen, Vereinbarungen und Beschlüsse der Selbstverwaltungspartner nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch und nach Gesetzen, auf die im Elften Buch Sozialgesetzbuch Bezug genommen wird, anzupassen, zu ergänzen oder auszusetzen,

   c) Aufgaben, die über die Durchführung von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung bei Pflegebedürftigen hinaus regelmäßig von Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und Medizinischen Diensten zu erbringen sind, auszusetzen oder einzuschränken;

9. Finanzhilfen gemäß Artikel 104b Absatz 1 des Grundgesetzes für Investitionen der Länder, Gemeinden und Gemeindeverbände zur technischen Modernisierung der Gesundheitsämter und zum Anschluss dieser an das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 sowie zum Aufbau oder zur Aufrechterhaltung von Kernkapazitäten im Sinne der Anlage 1 Teil B der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (BGBl. 2007 II S. 930, 932), auf Flughäfen, in Häfen und bei Landübergängen, soweit dies in die Zuständigkeit der Länder fällt, zur Verfügung zu stellen; das Nähere wird durch Verwaltungsvereinbarungen mit den Ländern geregelt;
10. durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates unbeschadet des jeweiligen Ausbildungsziels und der Patientensicherheit abweichende Regelungen von den Berufsgesetzen der Gesundheitsfachberufe und den auf deren Grundlage erlassenen Rechtsverordnungen zu treffen, hinsichtlich
    a) der Dauer der Ausbildungen,
    b) des theoretischen und praktischen Unterrichts, einschließlich der Nutzung von digitalen Unterrichtsformen,
    c) der praktischen Ausbildung,
    d) der Besetzung der Prüfungsausschüsse,
    e) der staatlichen Prüfungen und
    f) der Durchführung der Eignungs- und Kenntnisprüfungen.

2Die Ermächtigung nach Satz 1 Nummer 10 umfasst die folgenden Ausbildungen:

1. zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger nach § 58 Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes,
2. zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger nach § 66 Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes,
3. zur Diätassistentin oder zum Diätassistenten nach dem Diätassistentengesetz,
4. zur Ergotherapeutin oder zum Ergotherapeuten nach dem Ergotherapeutengesetz,
5. zur Gesundheits- und Krankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Krankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Pflegeberufegesetzes,
6. zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 58 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes,
7. zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Pflegeberufegesetzes,
8. zur Hebamme oder zum Entbindungspfleger nach § 77 Absatz 1 und § 78 des Hebammengesetzes,
9. zur Hebamme nach dem Hebammengesetz,
10. zur Logopädin oder zum Logopäden nach dem Gesetz über den Beruf des Logopäden,
11. zur Masseurin und medizinischen Bademeisterin oder zum Masseur und medizinischen Bademeister nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz,
12. zur Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistentin oder zum Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten nach dem MTA-Gesetz,
13. zur Medizinisch-technischen Radiologieassistentin oder zum Medizinisch-technischen Radiologieassistenten nach dem MTA-Gesetz,
14. zur Medizinisch-technischen Assistentin für Funktionsdiagnostik oder zum Medizinisch-technischen Assistenten für Funktionsdiagnostik nach dem MTA-Gesetz,
15. zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter nach dem Notfallsanitätergesetz,
16. zur Orthoptistin oder zum Orthoptisten nach dem Orthoptistengesetz,
17. zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann nach dem Pflegeberufegesetz,
18. zur pharmazeutisch-technischen Assistentin oder zum pharmazeutisch-technischen Assistenten nach dem Gesetz über den Beruf des pharmazeutisch-technischen Assistenten,
19. zur Physiotherapeutin oder zum Physiotherapeuten nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz,
20. zur Podologin oder zum Podologen nach dem Podologengesetz,
21. zur Veterinärmedizinisch-technischen Assistentin oder zum Veterinärmedizinisch-technischen Assistenten nach dem MTA-Gesetz.

3Das Bundesministerium für Gesundheit wird abweichend von Satz 1 ermächtigt, eine Rechtsverordnung nach Satz 1 Nummer 7 Buchstabe b bis f auch nach Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag nach Absatz 1 Satz 2 zu erlassen, soweit Regelungen nach Satz 1

Nummer 7 Buchstabe b bis f im Rahmen der Bewältigung der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie oder ihrer Folgen erforderlich sind.

(3) 1Rechtsverordnungen nach Absatz 2, insbesondere nach Nummer 3, 4, 7 und 8, bedürfen des Einvernehmens mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, soweit sie sich auf das Arbeitsrecht oder den Arbeitsschutz beziehen. 2Rechtsverordnungen nach Absatz 2 Nummer 4 und Anordnungen nach Absatz 2 Nummer 6 ergehen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. 3Rechtsverordnungen nach Absatz 2 Nummer 10 werden im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung erlassen und bedürfen, soweit sie sich auf die Pflegeberufe beziehen, des Einvernehmens mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 4Bei Gefahr im Verzug kann auf das Einvernehmen nach Satz 1 verzichtet werden.

(4) 1Eine auf Grund des Absatzes 2 oder des § 5a Absatz 2 erlassene Rechtsverordnung tritt mit Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite außer Kraft. 2Abweichend von Satz 1

1. bleibt eine Übergangsregelung in der Verordnung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 Buchstabe b bis f bis zum Ablauf der Phase des Studiums in Kraft, für die sie gilt, und
2. tritt eine nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4, 7 Buchstabe a, g oder Nummer 10 erlassene Verordnung spätestens ein Jahr nach Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite außer Kraft.

3Bis zu ihrem jeweiligen Außerkrafttreten kann eine nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4, 7 Buchstabe a, g oder Nummer 10 erlassene Verordnung auch nach Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite geändert werden. 4Nach Absatz 2 Satz 1 getroffene Anordnungen gelten mit Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite als aufgehoben. 5Abweichend von Satz 4 gilt eine Anordnung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 spätestens ein Jahr nach der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite als aufgehoben. 6Nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 getroffene Anordnungen können auch bis spätestens ein Jahr nach Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite geändert werden. 7Eine Anfechtungsklage gegen Anordnungen nach Absatz 2 Satz 1 hat keine aufschiebende Wirkung. 8Eine auf Grund des Absatzes 2 Satz 3 erlassene Rechtsverordnung tritt spätestens mit Ablauf des 31. März 2022 außer Kraft. 9Der Deutsche Bundestag kann durch im Bundesgesetzblatt bekannt zu machenden Beschluss einmalig die Frist nach Satz 8 um sechs Monate verlängern.

(5) Das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) wird im Rahmen des Absatzes 2 insoweit eingeschränkt.

(6) Aufgrund einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite kann das Bundesministerium für Gesundheit unter Heranziehung der Empfehlungen des Robert Koch-Instituts Empfehlungen abgeben, um ein koordiniertes Vorgehen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland zu ermöglichen.

(7) 1Das Robert Koch-Institut koordiniert im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben im Fall einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite die Zusammenarbeit zwischen den Ländern und zwischen den Ländern und dem Bund sowie weiteren beteiligten Behörden und Stellen und tauscht Informationen aus. 2Die Bundesregierung kann durch allgemeine Verwaltungsvorschrift mit Zustimmung des Bundesrates Näheres bestimmen. 3Die zuständigen Landesbehörden informieren unverzüglich die Kontaktstelle nach § 4 Absatz 1 Satz 7, wenn im Rahmen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite die Durchführung notwendiger Maßnahmen nach dem 5. Abschnitt nicht mehr gewährleistet ist.

(8) Aufgrund einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite kann das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Aufgaben des Bundes insbesondere das Deutsche Rote Kreuz, die Johanniter-Unfall-Hilfe, den Malteser Hilfsdienst, den Arbeiter-Samariter-Bund und die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft gegen Auslagenerstattung beauftragen, bei der Bewältigung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite Hilfe zu leisten.

(9) 1Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt eine externe Evaluation zu den Auswirkungen der Regelungen in dieser Vorschrift und in den Vorschriften der §§ 5a, 20a, 20b, 28 bis 32, 36 und 56 im Rahmen der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie und zu der Frage einer Reformbedürftigkeit. 2Die Evaluation soll interdisziplinär erfolgen und insbesondere auf Basis epidemiologischer und medizinischer Erkenntnisse die Wirksamkeit der auf Grundlage der in Satz 1 genannten Vorschriften getroffenen Maßnahmen untersuchen. 3Die Evaluation soll durch unabhängige Sachverständige erfolgen, die jeweils zur Hälfte von der Bundesregierung und vom Deutschen Bundestag benannt werden. 4Das Ergebnis der Evaluierung soll der Bundesregierung bis zum 30. Juni 2022 vorgelegt werden. 5Die Bundesregierung übersendet dem Deutschen Bundestag bis zum 30. September 2022 das Ergebnis der Evaluierung sowie eine Stellungnahme der Bundesregierung zu diesem Ergebnis.

- Leerseite -

Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Produkten des medizinischen Bedarfs bei der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Epidemie* (Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung - MedBVSV)

MedBVSV

Ausfertigungsdatum: 25.05.2020

Vollzitat:

"Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung vom 25. Mai 2020 (BAnz AT 26.05.2020 V1), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 9. März 2022 (BAnz AT 10.03.2022 V1) geändert worden ist"

Die V tritt gem. § 10 Satz 2 dieser V idF d. Art. 3a Nr. 2 G v. 28.5.2021 I 1174 u. d. Art. 1 Nr. 2 V v. 9.3.2022 am 25.11.2022 außer Kraft

Stand: Zuletzt geändert durch Art. 1 V v. 9.3.2022 BAnz AT 10.03.2022 V1

Die V tritt gem. § 10 dieser V nach § 5 Abs. 4 Satz 1 G v. 20.7.2000 I 1045 (IfSG), dieser idF d. Art. 1 Nr. 4 G v. 27.3.2020 I 587, mit Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite außer Kraft, ansonsten spätestens mit Ablauf des 31.3.2021; die Geltung dieser V ist durch § 10 dieser V idF d. Art. 10 Abs. 2 G v. 29.3.2021 I 370 iVm Art. 3a Nr. 2 G v. 28.5.2021 I 1174 über den 31.3.2021 hinaus bis zum 31.5.2022 u. durch § 10 Satz 2 dieser V idF d. Art. 1 Nr. 2 V v. 9.3.2022 BAnz AT 10.03.2022 V1 über den 31. Mai 2022 bis zum 25.11.2002 hinaus verlängert worden

* Notifiziert gemäß der Richtlinie (EU) 2015/1535 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. September 2015 über ein Informationsverfahren auf dem Gebiet der technischen Vorschriften und der Vorschriften für die Dienste der Informationsgesellschaft (ABl. L 241 vom 17.9.2015, S. 1).

Fußnote

```
(+++ Textnachweis ab: 27.5.2020 +++)
(+++ Amtlicher Hinweis des Normgebers auf EG-Recht:
       Notifizierung der
         EURL 2015/1535        (CELEX Nr: 32015L1535)  +++)
```

Eingangsformel

Auf Grund des § 5 Absatz 2 Nummer 4 Buchstabe a, b und c in Verbindung mit Absatz 3 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes, der durch Artikel 1 Nummer 4 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) neu gefasst worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales:

§ 1 Zweck der Verordnung und Begriffsbestimmungen

(1) Diese Verordnung dient der Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Produkten des medizinischen Bedarfs während der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Epidemie.

(2) Produkte des medizinischen Bedarfs im Sinne dieser Verordnung sind Arzneimittel, deren Wirk-, Ausgangs- und Hilfsstoffe, Betäubungsmittel der Anlagen II und III des Betäubungsmittelgesetzes, Medizinprodukte, Labordiagnostika, Hilfsmittel, Gegenstände der persönlichen Schutzausrüstung und Produkte zur Desinfektion.

(3) Bundesministerium im Sinne dieser Verordnung ist das Bundesministerium für Gesundheit.

§ 2 Beschaffung und Abgabe durch Behörden des Bundes

(1) Das Bundesministerium kann zu dem in § 1 Absatz 1 genannten Zweck Produkte des medizinischen Bedarfs auch für Stellen außerhalb der Bundesverwaltung selbst oder durch beauftragte Stellen zentral beschaffen, lagern, herstellen und in den Verkehr bringen.

(2) Von den Abnehmern der Produkte des medizinischen Bedarfs nach Absatz 1 Satz 1 oder den von diesen benannten Stellen soll ein angemessener Ersatz der Aufwendungen verlangt werden. Durch die Regelung bleiben haushaltsrechtliche Vorgaben unberührt.

§ 3 Ausnahmen vom Arzneimittelgesetz und der Arzneimittelhandelsverordnung zur Beschaffung und Abgabe gemäß § 2

(1) § 8 Absatz 3, die §§ 10, 11, 11a und 21 Absatz 1, § 21a Absatz 1 und 9, § 32 Absatz 1, die §§ 43, 47 und 72 Absatz 1 und 4, § 72a Absatz 1, § 72b Absatz 1 und 2, § 72c Absatz 1, die §§ 73a, 78 und 94 des Arzneimittelgesetzes (AMG) sowie § 4a Absatz 1 und § 6 Absatz 1 der Arzneimittelhandelsverordnung (AM-HandelsV) gelten nicht für das Bundesministerium, die von ihm beauftragten Stellen und für Personen, von denen das Bundesministerium oder eine von ihm beauftragte Stelle die Arzneimittel beschafft, wenn das Bundesministerium oder eine von ihm beauftragte Stelle nach § 2 Absatz 1 Arzneimittel oder Wirk-, Ausgangs- und Hilfsstoffe beschafft und in den Verkehr bringt.

(2) Sofern ein nach § 2 Absatz 1 zur Beschaffung vorgesehenes oder beschafftes Arzneimittel nicht im Geltungsbereich des Arzneimittelgesetzes zugelassen ist, übergibt der Hersteller der nach § 77 AMG zuständigen Bundesoberbehörde alle Unterlagen, die die nach § 22 AMG für eine Zulassung erforderlichen Angaben zu Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit des Arzneimittels enthalten. Die zuständige Bundesoberbehörde prüft und bewertet die Unterlagen vorrangig und teilt der beschaffenden Stelle unverzüglich das Ergebnis der Bewertung mit. Das Bundesministerium hat die Bewertung in die Entscheidung über die Beschaffung und das Inverkehrbringen des Arzneimittels einzubeziehen.

(3) Die Abgabe eines nach § 2 Absatz 1 beschafften, nicht zum Inverkehrbringen im Geltungsbereich des Arzneimittelgesetzes zugelassenen oder genehmigten Arzneimittels ist nur zulässig, wenn die nach § 77 AMG zuständige Bundesoberbehörde festgestellt hat, dass die Qualität des Arzneimittels gewährleistet ist und seine Anwendung nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis zur Vorbeugung oder Behandlung der jeweiligen Erkrankung erwarten lässt. Die Abgabe dieser Arzneimittel an den Endverbraucher erfolgt unter der Verantwortung einer Person, die Ärztin oder Arzt oder Apothekerin oder Apotheker ist.

(4) Abweichend von § 84 AMG unterliegen pharmazeutische Unternehmer, Hersteller und Angehörige von Gesundheitsberufen hinsichtlich der Auswirkungen der Anwendung der in § 1 Absatz 2 genannten Produkte nicht der Haftung, wenn diese Produkte durch das Bundesministerium als Reaktion auf die vermutete oder bestätigte Verbreitung des SARS-CoV-2-Erregers in den Verkehr gebracht werden und nach den Gegebenheiten des Einzelfalls die auf Absatz 1 gestützten Abweichungen vom Arzneimittelgesetz geeignet sind, den Schaden zu verursachen. Pharmazeutische Unternehmer, Hersteller und Angehörige von Gesundheitsberufen haben die Folgen der auf Absatz 1 gestützten Abweichungen vom Arzneimittelgesetz nur bei grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz zu vertreten. Im Übrigen bleiben die Haftung für schuldhaftes Handeln sowie die Haftung für fehlerhafte Produkte nach den Vorschriften des Produkthaftungsgesetzes unberührt.

§ 4 Weitere Ausnahmen vom Arzneimittelgesetz, von der Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung und der Arzneimittel-Härtefall-Verordnung sowie Anordnung von Maßnahmen

(1) Die nach § 77 AMG zuständige Bundesoberbehörde kann im Einzelfall anordnen, dass abweichend von den §§ 10 und 11 AMG Arzneimittel ohne eine Kennzeichnung und Packungsbeilage in den Verkehr gebracht werden dürfen, wenn dies zur Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln erforderlich ist. § 11a AMG findet auf diese Arzneimittel keine Anwendung. Die zuständige Bundesoberbehörde veröffentlicht in diesen Fällen die erforderlichen Produktinformationen in geeigneter Weise und barrierefrei.

(2) Die nach § 77 AMG zuständige Bundesoberbehörde kann im Einzelfall anordnen, dass abweichend von § 8 Absatz 3 AMG Arzneimittel, deren Verfalldatum abgelaufen ist, in den Verkehr gebracht werden dürfen, wenn dies zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich ist und sie sich davon vergewissert hat, dass die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit dieser Arzneimittel nicht wesentlich beeinträchtigt sind.

(3) Die für die Überwachung des Verkehrs mit Arzneimitteln nach § 64 AMG zuständige Behörde kann im Einzelfall das Inverkehrbringen von Arzneimitteln gestatten, die abweichend von den §§ 13 bis 15 sowie § 19 AMG oder abweichend von den §§ 3, 4, 11, 15, 16 und 17 oder §§ 22 bis 26 der Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung (AMWHV) hergestellt wurden, wenn die nach § 77 AMG zuständige Bundesoberbehörde nach Vornahme einer Nutzen-Risiko-Bewertung feststellt, dass die jeweilige Ausnahme von den genannten Vorschriften zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln erforderlich ist und die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der herzustellenden Arzneimittel gewährleistet sind.

(4) Die für die Überwachung des Verkehrs mit Arzneimitteln nach § 64 AMG zuständige Behörde kann im Einzelfall Ausnahmen von den §§ 72, 72a und 73 Absatz 1, 2, 3 und 4 AMG oder § 17 oder § 26 AMWHV gestatten, wenn die nach § 77 AMG zuständige Bundesoberbehörde nach Vornahme einer Nutzen-Risiko-Bewertung feststellt, dass die jeweilige Ausnahme von den genannten Vorschriften zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln erforderlich ist und die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der eingeführten Arzneimittel gewährleistet sind.

(5) Die nach § 77 AMG zuständige Bundesoberbehörde kann im Einzelfall Ausnahmen von § 21 Absatz 1, den §§ 22, 24, 25 und 26 Absatz 2, den §§ 28, 29 und 32 AMG zulassen, wenn dies nach Vornahme einer Nutzen-Risiko-Bewertung zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln erforderlich ist. Abweichend von § 29 Absatz 2a Satz 3 AMG gilt die Zustimmung zu einer angezeigten Änderung nicht als erteilt, wenn der Änderung nicht innerhalb einer Frist von drei Monaten widersprochen worden ist.

(6) Die nach § 77 AMG zuständige Bundesoberbehörde kann mit Zustimmung des Bundesministeriums im Einzelfall Ausnahmen von den im Sechsten Abschnitt des Arzneimittelgesetzes vorgesehenen Fristen auf Basis einer von ihr durchzuführenden Nutzen-Risiko-Bewertung zulassen, wenn dies zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln erforderlich ist. Abweichend von § 42 Absatz 2 Satz 4 AMG gilt die Genehmigung einer klinischen Studie nicht als erteilt, wenn die zuständige Bundesoberbehörde dem Sponsor innerhalb von höchstens 30 Tagen nach Eingang der Antragsunterlagen keine mit Gründen versehenen Einwände übermittelt.

(7) Die nach § 77 AMG zuständige Bundesoberbehörde kann im Einzelfall abweichend von § 47 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe g AMG gestatten, dass pharmazeutische Unternehmer und Großhändler Arzneimittel, die mit dem Hinweis Zur klinischen Prüfung bestimmt versehen sind und kostenlos zur Verfügung gestellt werden, an Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer klinischen Prüfung abgeben dürfen, wenn nach einer von dem Sponsor für den Einzelfall vorzunehmenden Bewertung die Sicherheit der an der klinischen Prüfung teilnehmenden Personen sowie die Validität der in der klinischen Prüfung erhobenen Daten gewährleistet sind und die Pseudonymisierung der Prüfungsteilnehmerinnen und -teilnehmer gegenüber dem Sponsor durch geeignete Maßnahmen sichergestellt ist.

(7a) Abweichend von § 4 Absatz 23 Satz 3 des Arzneimittelgesetzes schließen Blutentnahmen und nichtinvasive Untersuchungen, die jeweils ein minimales Risiko und eine minimale Belastung im Sinne des § 41 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe d des Arzneimittelgesetzes für die betroffene Person darstellen und mit deren Einwilligung oder der Einwilligung der gesetzlichen Vertreterin oder des gesetzlichen Vertreters im Rahmen der Prüfung eines Arzneimittels, das zur Vorbeugung oder Behandlung einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zugelassen ist, durchgeführt werden, nicht aus, dass es sich um eine nichtinterventionelle Prüfung eines Arzneimittels im Sinne des § 4 Absatz 23 Satz 3 des Arzneimittelgesetzes handelt, auch wenn sie nicht der ärztlichen Praxis folgen. § 67 Absatz 6 Satz 1, 2, 4 bis 6 und 13 des Arzneimittelgesetzes gelten nicht für nichtinterventionelle Prüfungen von Arzneimitteln, die zur Vorbeugung oder Behandlung einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zugelassen sind; solche Prüfungen sind unter Angabe des Titels der Untersuchung, des Arzneimittels und Vorlage des Beobachtungsplans bei der zuständigen Bundesoberbehörde nach § 77 des Arzneimittelgesetzes anzuzeigen. § 63f Absatz 4 des Arzneimittelgesetzes gilt nicht für nichtinterventionelle Unbedenklichkeitsprüfungen von Arzneimitteln, die zur Vorbeugung oder Behandlung einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zugelassen sind.

(8) Die nach § 77 AMG zuständige Bundesoberbehörde kann mit Zustimmung des Bundesministeriums im Einzelfall Ausnahmen von den in § 21 Absatz 2 Nummer 6 AMG und in den §§ 3 und 7 der Arzneimittel-Härtefall-Verordnung geregelten Voraussetzungen für die Durchführung eines Härtefallprogramms zulassen, sofern dies zur Vorbeugung und Behandlung von COVID-19 oder von deren Begleiterkrankungen erforderlich ist.

(9) Die für die Überwachung des Verkehrs mit Arzneimitteln nach § 64 AMG zuständige Behörde kann im Einzelfall Abweichungen von § 52b Absatz 2 und 3 AMG und den §§ 4, 4a und 6 AM-HandelsV gestatten, wenn die jeweilige Ausnahme von den genannten Vorschriften zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln erforderlich ist.

§ 4a Ausnahmen vom Heilmittelwerbegesetz

Abweichend von § 12 Absatz 2 des Heilmittelwerbegesetzes darf sich die Werbung außerhalb von Fachkreisen auf die Durchführung von Testungen zum Nachweis des Krankheitserregers SARS-CoV-2 beziehen.

§ 5 Ausnahmen vom Transfusionsgesetz

Das Paul-Ehrlich-Institut wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Robert Koch-Institut und mit Zustimmung des Bundesministeriums angepasst an die vom Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) festgestellte epidemische Lage von nationaler Tragweite

1. abweichend von § 5 Absatz 1 Satz 2 des Transfusionsgesetzes (TFG) und der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie) gemäß den §§ 12a und 18 des Transfusionsgesetzes vom 4. Oktober 2017 (BAnz AT 06.11.2017 B5) Eignungs-, Tauglichkeits- und Rückstellungskriterien für Vollblut, Blutbestandteile und Plasma spendende Personen festzulegen, soweit dies unter Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Blut, Blutbestandteilen und Blutprodukten erforderlich ist,
2. abweichend von den §§ 4 und 7 des TFG und den Vorgaben in der Richtlinie Hämotherapie zur Spendeeinrichtung, zur Spendeentnahme und zu Laboruntersuchungen vor Spendefreigabe Kriterien festzulegen, soweit dies unter Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses zur Sicherstellung der Bevölkerung mit Blut, Blutbestandteilen und Blutprodukten erforderlich ist.

Das Paul-Ehrlich-Institut hat die abweichenden Festlegungen nach den Nummern 1 und 2 barrierefrei auf seiner Internetseite bekanntzumachen.

§ 6 Ausnahmen von der AMG-Kostenverordnung

Von der Erhebung von Gebühren nach § 1 der AMG-Kostenverordnung für Beratungsgespräche, Verfahren der Zulassung von Arzneimitteln einschließlich Änderungs- und Verlängerungsverfahren sowie für Genehmigungsverfahren für klinische Prüfungen und für Tätigkeiten im Rahmen der Sammlung und Bewertung von Arzneimittelrisiken wird abgesehen, sofern Gegenstand des jeweiligen Beratungsgesprächs oder des jeweiligen Verfahrens ein Arzneimittel zur Behandlung, Vorbeugung oder zur Diagnose von COVID-19 ist.

§ 7 Ausnahmen von der Kostenverordnung für Amtshandlungen des Paul-Ehrlich-Instituts nach dem Arzneimittelgesetz

Von der Erhebung von Gebühren nach den §§ 2, 4, 4a und 5 der Kostenverordnung für Amtshandlungen des Paul-Ehrlich-Instituts nach dem Arzneimittelgesetz für Beratungsgespräche, Verfahren der Zulassung oder der Genehmigung von Arzneimitteln einschließlich Änderungs- und Verlängerungsverfahren sowie für Genehmigungsverfahren für klinische Prüfungen und für Tätigkeiten im Rahmen der Sammlung und Bewertung von Arzneimittelrisiken wird abgesehen, sofern Gegenstand des jeweiligen Beratungsgesprächs oder des jeweiligen Verfahrens ein Arzneimittel zur Behandlung, Vorbeugung oder zur Diagnose von COVID-19 ist.

§ 8 Ausnahmen von der GCP-Verordnung

(1) Die nach § 77 AMG zuständige Bundesoberbehörde kann im Einzelfall Ausnahmen von den Regelungen des § 5 der GCP-Verordnung (GCP-V) über die Kennzeichnung von klinischen Prüfpräparaten gestatten, sofern Gegenstand der jeweiligen klinischen Prüfung ein Arzneimittel zur Vorbeugung, Diagnose oder Behandlung von COVID-19 ist.

(2) Abweichend von § 8 Absatz 5 GCP-V bewertet die federführende Ethik-Kommission multizentrische klinische Prüfungen, die im Geltungsbereich des Arzneimittelgesetzes in mehr als einer Prüfstelle durchgeführt werden und die der Vorbeugung oder der Behandlung von COVID-19 dienen, ohne Benehmen mit den beteiligten Ethik-Kommissionen.

(3) Abweichend von § 10 Absatz 3 Satz 1 GCP-V gilt eine Änderung einer von der zuständigen Bundesoberbehörde genehmigten oder von der zuständigen Ethik-Kommission zustimmend bewerteten klinischen Prüfung nicht als genehmigt, wenn die zuständige Bundesoberbehörde dem Sponsor innerhalb von höchstens 20 Tagen nach Eingang des ordnungsgemäßen Änderungsantrags keine mit Gründen versehenen Einwände gegen die Änderung übermittelt.

§ 9 Bereitstellung von persönlichen Schutzausrüstungen im Kontext der COVID-19-Bedrohung

(1) Soweit es zur Bewältigung der vom Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 IfSG festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite und der damit verbundenen Mangelsituation erforderlich ist, dürfen persönliche Schutzausrüstungen im Sinne des Artikels 3 Nummer 1 der Verordnung (EU) 2016/425 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2016 über persönliche Schutzausrüstungen und zur Aufhebung der Richtlinie 89/686/EWG des Rates (ABl. L 81 vom 31.3.2016, S. 51), die in den Vereinigten Staaten von Amerika, Kanada, Australien oder Japan verkehrsfähig sind, auf dem deutschen Markt durch einen Wirtschaftsakteur im Sinne des Artikels 3 Nummer 8 der Verordnung (EU) 2016/425 bereitgestellt werden. Die Verkehrsfähigkeit der persönlichen Schutzausrüstungen in der Bundesrepublik Deutschland kontrolliert die zuständige Marktüberwachungsbehörde nach § 25 Absatz 1 des Produktsicherheitsgesetzes.

(2) Persönliche Schutzausrüstungen im Sinne des Artikels 3 Nummer 1 der Verordnung (EU) 2016/425 aus anderen als den in Absatz 1 genannten Staaten können auf dem deutschen Markt durch einen Wirtschaftsakteur im Sinne des Artikels 3 Nummer 8 der Verordnung (EU) 2016/425 bereitgestellt werden, wenn in einem Bewertungsverfahren durch eine geeignete Stelle auf Grund eines von der Zentralstelle der Länder für Sicherheitstechnik auf ihrer Internetseite veröffentlichten Prüfgrundsatzes festgestellt wurde, dass sie ein den grundlegenden Gesundheitsschutz- und Sicherheitsanforderungen nach Anhang II der Verordnung (EU) 2016/425 vergleichbares Gesundheits- und Sicherheitsniveau bieten. Die Verkehrsfähigkeit der persönlichen Schutzausrüstungen in der Bundesrepublik Deutschland nach Satz 1 kontrolliert die zuständige Marktüberwachungsbehörde nach § 25 Absatz 1 des Produktsicherheitsgesetzes.

(3) Persönliche Schutzausrüstungen, die nach Maßgabe des Absatzes 2 Satz 2 von der zuständigen Marktüberwachungsbehörde nach § 25 Absatz 1 des Produktsicherheitsgesetzes als verkehrsfähig angesehen werden, sind von ihr mit einer Bestätigung zu versehen, die jeder Abgabeeinheit beizufügen ist und Auskunft darüber gibt, dass es sich um persönliche Schutzausrüstungen handelt, die nach Absatz 2 Satz 1 und nicht nach der Verordnung (EU) 2016/425 bereitgestellt werden.

(4) Persönliche Schutzausrüstungen, die nach Maßgabe von Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 2 Satz 2 von der zuständigen Marktüberwachungsbehörde nach § 25 Absatz 1 des Produktsicherheitsgesetzes als verkehrsfähig angesehen werden, dürfen abweichend von § 2 Absatz 1 Nummer 1 der PSA-Benutzungsverordnung durch den Arbeitgeber ausgewählt und den Beschäftigten bereitgestellt werden.

§ 10 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft. Sie tritt am 25. November 2022 außer Kraft.

- Leerseite -

Anlage B327

Bundesregierung setzt heimlich Gesetze und Verordnungen für Covid-19-Impfstoffe außer Kraft

By admin In Mitmachen Posted März 15, 2022



Die Bundesregierung hat heimlich, still und leise essentielle Gesetze und Verordnungen zu Arzneimitteln für die sogenannten Covid-19-Impststoffe außer Kraft gesetzt.

Hier eine Übersicht dessen, was einmal galt und was jetzt plötzlich nicht mehr gelten soll.

Heimlich, still und leise und im Windschatten weltweiter Krisen hat die Bundesregierung langjährige medizinische Praktiken in Form von Gesetzten und Verordnungen was Arzneimittel anbelangt, abgeschafft.

Um die schnelle Implementierung der sogenannten Covid-19-Impfstoffe zu ermöglichen wurde eine neue Verordnung mit dem Namen

---

> *„Medizinischer Bedarf Versorgungssicherungsstellungsverordnung (MedBVSV)*

---

erlassen und damit viele bisher gängige und bewährte Paragrafen außer Kraft gesetzt. §3 Abs. 1 und § 4 der MedBVSV beziehen sich auf die Covid-19-Impfstoffe und begraben damit folgende Gesetze und Verordnungen des Arzneimittelgesetzes, des Transfusionsgesetzes und der Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung (AMWHV).

§ 3 Abs. 1 der MedBVSV setzt nun also folgende Verordnungen und Gesetze außer Kraft, angefangen beim Arzneimittelgesetz:

§ 8 Abs. 3 AMG (Verbot des Inverkehrbringen abgelaufener Arzneimittel). Abgelaufene Covid-19-Impfstoffe dürfen aber nach wie vor verabreicht werden und sind auch im Verkehr.

Kennzeichnung

§ 10 AMG (Kennzeichnungspflicht für Arzneimittel)

Covid-19-Impfstoffe müssen nicht gekennzeichnet werden.

§ 11 AMG (Packungsbeilage)

Covid-19–Impfstoffe benötigen keine Packungsbeilage

§ 11a AMG (Fachinformation)

Covid-19-Impfstoffe benötigen auch keine Fachinformation

Staatliche Prüfung

§ 21 AMG (Zulassungspflicht)

Covid-19-Impfstoffe können problemlos auch ohne jegliche Zulassung in den Verkehr gebracht werden.

§32 AMG (Staatliche Chargenprüfung)

Covid-19-Impfstoffe dürfen auch ohne eine staatliche Chargenprüfung in den Verkehr gebracht werden.

Vertriebswege

§43 AMG (Apothekenpflicht)

Fortsetzung Vertriebswege

Covid-19-Impfstoffe dürfen unter Umgehung der Apotheken in den Verkehr gebracht werden.

§47 AMG (Vertriebswege)

Covid-19-Impfstoffe dürfen unter kompletter Umgehung der gängigen Vertriebswege wie Großhandel, Apotheke, Arzt ,Patient in den regulären Verkehr gebracht werden.

Einfuhr

§72 Abs.1 und 4 AMG (Einfuhrerlaubnis)

Covid-19-Impfstoffe dürfen ohne eine Einfuhrerlaubnis nach Deutschland importiert werden.

§72a Abs. 1 AMG (Zertifikate für die Einfuhr)

Covid-19-Impfstoffe dürfen auch ohne Einfuhrzertifikate nach Deutschland gebracht werden.

§72b Abs. 1 und 2 AMG (Einfuhrerlaubnis für Gewebe)

Gewebe, die der Behandlung oder Vorbeugung von Covid-19 dienen, dürfen ohne Erlaubnis nach Deutschland eingeführt werden.

§72c Abs. 1 AMG (Einmalige Einfuhr von Gewebe)

Die einmalige Einfuhr von Gewebe, die der Behandlung oder Vorbeugung von Covid-19 dienen, dürfen ohne jegliche Erlaubnis nach Deutschland eingeführt werden.

Ausfuhr

§73a AMG (Ausfuhr)

Und auch die Ausfuhr von Covid-19-Impfstoffen aus Deutschland bedarf keiner Genehmigung.

Preise

§78 AMG (Preise)

Preise für Covid-19-Impfstoffe können frei bestimmt werden. (Monopol- und Patentgefahr)

Haftung und Rückstellungen

§84 AMG (Gefährdungshaftung)

Ärzte und Apotheker haften für die Verabreichung und Folgen der Covid-19-Impfstoffe nicht.

§94 AMG (Deckungsvorsorge)

Hersteller haften für das Inverkehrbringen ihrer Covid-19-Impfstoffe nicht. (was ja bereits bekannt war)

Punkte der Arzneimittelhandelsverordnung (AM-HandelsV) werden folgende umgangen:

Vertriebswege (nun HandelsV)

§ 4a Absatz 1 AM-HandelsV (Abgabe nur durch berechtigte Betriebe)

Covid-19-Impfstoffe dürfen an jeden ausgeliefert und abgegeben werden.

§ 6 Absatz 1 AM-HandelsV (Auslieferung nur an Betriebe mit Erlaubnis)

Auch hier: Covid-19-Impfstoffe dürfen an jeden ausgeliefert werden. Eine Erlaubnis ist nicht erforderlich.

§ 4 der MedBVSV hebelt folgende Gesetze und Verordnungen aus. Fangen wir an beim Arzneimittelgesetz (AMG):

Herstellungserlaubnis

§13 AMG (Herstellungserlaubnis)

Covid-19-Impfstoffe können mit Zustimmung der jeweiligen Behörde auch ohne eine Herstellungserlaubnis produziert werden.

Qualität

§15 AMG (Sachkenntnis)

Covid-19-Impfstoffe können mit Zustimmung der jeweiligen Behörde auch ohne Sachkenntnis hergestellt werden. Das bedeutet, dass jeder die Präparate herstellen kann.

§19 AMG (Verantwortungsbereiche)

Covid-19-Impfstoffe können mit Zustimmung der Behörde auch ohne eine sachkundige Person hergestellt werden. (deckt sich eigentlich fast mit § 15 AMG)

Sehen wir uns an, was die neue Regelung unter § 4 MedBVSV der Bundesregierung mit der Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung (AMWHV) macht. Folgendes wird außer Kraft gesetzt:

§3 AMWHV (Qualitätsmanagementsystem, Gute Herstellungspraxis und gute fachliche Praxis)

Covid-19-Impfstoffe können mit Zustimmung der jeweiligen Behörde auch entgegen QMS, GMP und GfP hergestellt werden.

§4 AMWHV (Personal)

Covid-19-Impfstoffe können mit Zustimmung der jeweiligen Behörde auch ohne ausreichendes sachkundiges und qualifiziertes Personal hergestellt werden. (sehr vertrauenerweckend)

§11 AMWHV (Selbstinspektion und Lieferantenqualifizierung)

Fortsetzung Qualität

Covid-19-Impfstoffe können mit Zustimmung der jeweiligen Behörde auch ohne regelmäßige Selbstinspektionen und ohne eine Qualifizierung der Lieferanten für Rohstoffe, Verpackungsmaterial etc. produziert werden.

§15 AMWHV (Kennzeichnung)

Covid-19-Impfstoffe können mit Zustimmung der jeweiligen Behörde auch ohne eine Kennzeichnung produziert werden.

§16 AMWHV (Freigabe)

Covid-19-Impfstoffe können mit der Zustimmung der jeweiligen Behörde auch ohne eine qualitative Überprüfung und ohne Freigabe in den Verkehr gebracht werden.

Einfuhr (nun AMWHV)

§17 AMWHV (Inverkehrbringen und Einfuhr)

Covid-19-Impfstoffe können mit der Zustimmung der jeweiligen Behörde auch ohne die Freigabe in den Verkehr gebracht und aus dem Ausland eingeführt werden.

§22 – 26 AMWHV (Herstellung, Prüfung, Kennzeichnung, Freigabe und Inverkehrbringen, Inverkehrbringen und Einfuhr)

Für Covid-19-Impfstoffe entfallen mit der Zustimmung der jeweiligen Behörde alle genannten Vorschriften.

§ 5 der MedBVSV regelt das Transfusionsgesetz (TFG) Hier wurden folgende Bestimmungen über den Haufen geworfen:

Blutspenden

§4 & §7 TFG (Anforderung an die Spendeneinrichtung /Anforderungen zur Entnahme der Spende)

Fortsetzung Blutspenden

Personen, die mit einem Covid-19-Impfstoffen geimpft wurden, dürfen Blut spenden. (trotz der ungewissen Datenlage wo den die mRNA der Präparate im Körper verbleibt und was sie dort anrichtet)

§ 5 Absatz 1 Satz 2 TFG (Auswahl der spendenden Personen)

Personen, die mit einem Covid-19-Impfstoff geimpft wurden, dürfen Blut spenden.

Außerdem werden diejenigen, die mit einem sogenannten Covid-19-Impfstoff geimpft wurden in Einzelfällen dazu aufgefordert, eine Blutspende zu Forschungszwecken abzugeben.

Man kann also festhalten, dass durch die von der Bundesregierung verordnete MedBVSV viele Punkte langjähriger und gängiger medizinischer Standards in Bezug auf Arzneimittel abgeschafft wurden wenn es um Covid-19-Impfungen geht. Wozu diese Vorgehensweise dienen soll, sollte schnellstmöglich geklärt werden denn Vertrauen schaffen diese neuen Standards ehr weniger als mehr.

Quellen und Bild:

(1) https://www.artikeleins.info/post/impfungen-oder-gentherapeutika-was-sind-mrna-injektionen-wirklich

(2) https://www.gesetze-im-internet.de/medbvsv/__3.html

(3) https://www.gesetze-im-internet.de/medbvsv/__4.html

(4) https://www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/index.html#BJNR024480976BJNE002204310

(5) https://www.gesetze-im-internet.de/tfg/index.html#BJNR175200998BJNE000703310

(6) https://www.gesetze-im-internet.de/amwhv/index.html#BJNR252310006BJNE002401116

Radio Qfm

Wir brauchen ihre Unterstützung

Täglich senden wir von 7-16 Uhr neuste US- und UK-Hits, ab 16 Uhr coole Country & Blues Musik, ab 22 Uhr elektronische Dance-Musik.

Stündlich werden Podcasts von uns und unseren Partnern, wie Apolut, Corona-Transition, Sam & Daniel von Mittelerde.tv und anderen ins Programm eingebunden.

All das kostet Geld.

Um das Programm kontinuierlich zu betreuen und auszubauen, sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen.

Mit Ihnen zusammen wollen wir eine hörbare Radio-Stimme für alle friedlichen und freiheitsliebenden Menschen werden.

Bitte spenden Sie für Radio Qfm

Kontonummer:

Konto:

DE61 1001 1001 2620 3569 10

BIC: NTSBDEBTXX

Betreff:

„Radio Qfm Schenkung Kto. R. Freund"

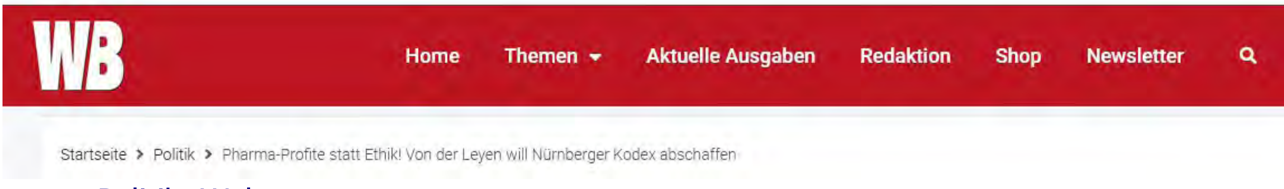
Patreon – https://www.patreon.com/Querdenken761

Paypal – ron@nichtohneuns-freiburg.de

Hervorhebungen und Klassifizierungen von J. Baum, Bielefeld

Anlage B328

https://www.wochenblick.at/welt/pharma-profite-statt-ethik-von-der-leyen-will-nuernberger-kodex-abschaffen/



- Politik, Welt

Monetik statt Ethik?

Pharma-Profite statt Ethik! Von der Leyen will Nürnberger Kodex abschaffen



Foto von der Leyen: Kuhlmann /MSC, CC BY 3.0 DE, Bild zugeschnitten; Symbolbild Geld: PixabayWikimedia

- 14. Februar 2022

Der sogenannte „Nürnberger Kodex" ist eine zentrale, aktuell noch heute angewandte ethische Richtlinie zur Vorbereitung und Durchführung medizinischer, psychologischer und sonstiger Experimente am Menschen. Er gehört seit seiner Formulierung 1947 in herausragender Weise zu den ethischen Grundsätzen der Medizinerausbildung (ähnlich wie der hippokratische Eid, das Genfer Gelöbnis und andere ärztliche Verhaltensnormen).

Ein Gastkommentar von Dr. med. Rüdiger Pötsch

Die bisher in nahezu allen politischen Ämtern krachend gescheiterte und von Merkel in das Amt der EU-Kommissionspräsidentin lancierte Medizinerin (!) **Ursula von der Leyen hinterfragt nun ausdrücklich eine der wichtigsten ethischen Richtlinien des Arztberufs: Den Nürnberger Kodex!**

Von der Leyen will Nürnberger Kodex abschaffen

Anfang Dezember 21 rieben sich die Leser von „The Post Millenial" über folgende Meldung verwundert die Augen: „EU-Kommissionschefin Ursula von der Leyen sprach sich am Mittwoch [1.12.21] gegenüber der Presse dafür aus, den **Nürnberger Kodex abzuschaffen und die Menschen zu zwingen, sich gegen Covid impfen zu lassen".** Als Quelle wurde ein BBC-Artikel genannt. Diese Quelle nennt auch Rechtsanwalt Michael P. Senger: Ursula von der Leyen habe es als „verständlich und angemessen" bezeichnet, dass die EU-Mitglieder über obligatorische Covid-Impfungen diskutieren.

Impfpflicht verstösst gegen Nürnberger Kodex

Eine **„Impfpflicht" bzw. Gentherapie ist nicht mit dem Nürnberger Kodex zu vereinbaren**, allein schon deshalb nicht, wenn es sich um ein nicht voll zugelassenes, sondern nur **„bedingt" zugelassenes**, noch in einer Studienphase befindliches **Pharmakon** handelt.

Der **Nürnberger Kodex steht offensichtlich dem digital-pharmakologischen Machtkomplex im Wege**. Seine Abschaffung würde auch dem Ehemann von Frau von der Leyen, Herrn **Heiko von der Leyen**, zu pass kommen, der medizinischer **Direktor des auf Zell- und Gentherapie** spezialisierten Unternehmens „**Orgenesis Inc."** ist, welches u.a. einen **zellbasierten Covid-Impfstoff ankündigt**.

Profite für Pharma vor Ethik

Vor allem hat der **Europarat** am 27.01.21 ganz klar entschieden, dass die Regierungen sicherstellen müssen, dass die **Impfung NICHT obligatorisch** ist und dass niemand politisch, gesellschaftlich oder anderweitig unter Druck gesetzt werden darf, sich impfen zu lassen, wenn er dies nicht selbst tun will.

Frau Kollegin von der Leyen, wollen Sie die **medizinische Ethik durch die pharmaindustrielle Monetik ersetzen?**

Special Article

FIFTY YEARS LATER: THE SIGNIFICANCE OF THE NUREMBERG CODE

EVELYNE SHUSTER, PH.D.

THE Nuremberg Code is the most important document in the history of the ethics of medical research.[1-6] The Code was formulated 50 years ago, in August 1947, in Nuremberg, Germany, by American judges sitting in judgment of Nazi doctors accused of conducting murderous and torturous human experiments in the concentration camps (the so-called Doctors' Trial).[7] It served as a blueprint for today's principles that ensure the rights of subjects in medical research. Because of its link with the horrors of World War II and the use of prisoners in Nazi concentration camps for medical experimentation, debate continues today about the authority of the Code, its applicability to modern medical research, and even its authorship.[1,2,4,5,8] The chief prosecutor at the Doctors' Trial, General Telford Taylor, believed that one of the three U.S. judges, Harold Sebring, was the author of the Code.[2] Two American physicians who helped prosecute the Nazi doctors at Nuremberg, Leo Alexander and Andrew Ivy, have each been identified as the Code's author.[5,8-11] A careful reading

From the Veterans Affairs Medical Center, University and Woodland Ave., Philadelphia, PA 19104, where reprint requests should be addressed to Dr. Shuster.

THE NUREMBERG CODE

1. The voluntary consent of the human subject is absolutely essential.

   This means that the person involved should have legal capacity to give consent; should be so situated as to be able to exercise free power of choice, without the intervention of any element of force, fraud, deceit, duress, overreaching, or other ulterior form of constraint or coercion; and should have sufficient knowledge and comprehension of the elements of the subject matter involved as to enable him to make an understanding and enlightened decision. This latter element requires that before the acceptance of an affirmative decision by the experimental subject there should be made known to him the nature, duration, and purpose of the experiment; the method and means by which it is to be conducted; all inconveniences and hazards reasonably to be expected; and the effects upon his health or person which may possibly come from his participation in the experiment.

   The duty and responsibility for ascertaining the quality of the consent rests upon each individual who initiates, directs or engages in the experiment. It is a personal duty and responsibility which may not be delegated to another with impunity.
2. The experiment should be such as to yield fruitful results for the good of society, unprocurable by other methods or means of study, and not random and unnecessary in nature.
3. The experiment should be so designed and based on the results of animal experimentation and a knowledge of the natural history of the disease or other problem under study that the anticipated results will justify the performance of the experiment.
4. The experiment should be so conducted as to avoid all unnecessary physical and mental suffering and injury.
5. No experiment should be conducted where there is an a priori reason to believe that death or disabling injury will occur; except, perhaps, in those experiments where the experimental physicians also serve as subjects.
6. The degree of risk to be taken should never exceed that determined by the humanitarian importance of the problem to be solved by the experiment.
7. Proper preparations should be made and adequate facilities provided to protect the experimental subject against even remote possibilities of injury, disability, or death.
8. The experiment should be conducted only by scientifically qualified persons. The highest degree of skill and care should be required through all stages of the experiment of those who conduct or engage in the experiment.
9. During the course of the experiment the human subject should be at liberty to bring the experiment to an end if he has reached the physical or mental state where continuation of the experiment seems to him to be impossible.
10. During the course of the experiment the scientist in charge must be prepared to terminate the experiment at any stage, if he has probable cause to believe, in the exercise of the good faith, superior skill, and careful judgment required of him, that a continuation of the experiment is likely to result in injury, disability, or death to the experimental subject.

of the transcript of the Doctors' Trial, background documents, and the final judgment reveals that authorship was shared and that the famous 10 principles of the Code grew out of the trial itself.

In this article I will explain the important role that physicians had in the prosecution of the Nazi doctors and in the formulation of the Nuremberg Code and summarize how medical researchers have used the Code as a guide over the past five decades.

THE DOCTORS' TRIAL

The main trial at Nuremberg after World War II was conducted by the International Military Tribunal. The tribunal was made up of judges from the four allied powers (the United States, Britain, France, and the former Soviet Union) and was charged with trying Germany's major war criminals. After this first-of-its-kind international trial, the United States conducted 12 additional trials of representative Nazis from various sectors of the Third Reich, including law, finance, ministry, and manufacturing, before American Military Tribunals, also at Nuremberg. The first of these trials, the Doctors' Trial, involved 23 defendants, all but 3 of whom were physicians accused of murder and torture in the conduct of medical experiments on concentration-camp inmates.[7]

The indictment of the defendants was filed on October 25, 1946, 25 days after the conclusion of the first Nuremberg trial by the International Military Tribunal. The Doctors' Trial began on December 9, 1946, and ended on July 19, 1947. The case was heard by three judges and one alternate. Thirty-two prosecution witnesses and 53 defense witnesses, including the 23 defendants, testified. A total of 1471 documents were introduced into the record. Sixteen of the 23 defendants were found guilty; 7 of them were sentenced to death by hanging, 5 to life imprisonment, 2 to imprisonment for 25 years, 1 to imprisonment for 15 years, and 1 to imprisonment for 10 years. Seven were acquitted. The sentences were confirmed by the military governor, and, after the U.S. Supreme Court declined to review the case, the executions were carried out at the Landsberg prison.

For the United States and its chief prosecutor, Telford Taylor, the trial was a murder trial (and murder had been identified by the International Military Tribunal as a crime against humanity). Nonetheless, as Taylor pointed out in his opening statement, this was "no mere murder trial," because the defendants were physicians who had sworn to "do no harm" and to abide by the Hippocratic Oath.[12] He told the judges that the people of the world needed to know "with conspicuous clarity" the ideas and motives that moved these doctors "to treat their fellow human beings as less than beasts," and that "brought about such savageries" so that they could be "cut out and exposed before they become a spreading cancer in the breast of humanity."[12] One recurring theme was the relevance of Hippocratic ethics to human experimentation and whether Hippocratic moral ideals could be an exclusive guide to the ethics of research without risk to the human rights of subjects. In the trial's exploration of ideas that shaped medical-research ethics, three physicians had central roles: Leo Alexander, an American neuropsychiatrist, Werner Leibbrand, a German psychiatrist and medical historian, and Andrew Ivy, a renowned American physiologist.

Leo Alexander

Leo Alexander, a Viennese-born American physician, had joined the U.S. Army Medical Corps in 1942, before being stationed in England at the American Eighth Air Force base. At the end of the war, Alexander was sent on a special mission under the Combined Intelligence Objectives Sub-Committee, an intelligence organization with members from several nations, and charged by orders from Supreme Headquarters of Allied Expeditionary Forces to gather evidence for the Nuremberg trials. Two days before the opening of the Doctors' Trial, Alexander gave Taylor a memorandum entitled "Ethical and Non-Ethical Experimentation on Human Beings," in which he identified three ethical, legal, and scientific requirements for the conduct of human experimentation.[9] The first requirement established the right of the competent experimental subject to consent or refuse to participate in these terms: "the subject should be willing to undergo the experiment of his own free will. . . ." The second focused on the duty of physicians as expressed in the Hippocratic Oath, which Alexander restated in research terms: "the medical Hippocratic attitude prohibits an experiment if the foregone conclusion, probability or a priori reason to believe exists that death or disabling injury of the experimental subject will occur." The third characterized good research practices.

On April 15, 1947, Alexander gave Taylor a second memorandum.[9,11] In it he set forth in greater detail six specific conditions for ethically and legally permissible experiments on human beings. The first stated that

> the legally valid voluntary consent of the experimental subject is essential. This requires specifically the absence of duress, sufficient disclosure on the part of the experimenter and sufficient understanding on the part of the experimental subject of the exact nature and consequences of the experiment for which he volunteers, to permit an enlightened consent.

The five other conditions established the humanitarian nature and purpose of the experiment and the scientific integrity and obligations of the investigator to the welfare of the subject.

Anlage B330

FAKTENCHECK

Impfpflicht: Nein, Ursula von der Leyen hat nicht die Abschaffung des Nürnberger Kodex gefordert

Ursula von der Leyen hat angeblich Zwangsimpfungen gegen Covid-19 und die Abschaffung des Nürnberger Kodex gefordert. Das wird in mehreren Facebook-Beiträgen behauptet und mit einem angeblichen Zitat von ihr belegt. Das Zitat ist jedoch frei erfunden.

von Steffen Kutzner

21. Dezember 2021



Ursula von der Leyen soll eine Abschaffung des Nürnberger Kodex gefordert haben. Das stimmt nicht. (Bild: Picture Alliance / Associated Press / Geert Vanden Wijngaert)

BEHAUPTUNG

Ursula von der Leyen habe zugunsten von Zwangsimpfungen die Abschaffung des Nürnberger Kodex gefordert.

Aufgestellt von: Facebook-Beitrag
Datum: 03.12.2021

BEWERTUNG



FREI ERFUNDEN

Über diese Bewertung

Frei erfunden. Von der Leyen hat nicht die Abschaffung des Nürnberger Kodex gefordert und sich auch nicht für Zwangsimpfungen ausgesprochen. Das Zitat ist frei erfunden; eine Aussage auf einer Pressekonferenz wird falsch interpretiert.

Spätestens seit dem 3. Dezember wird auf Facebook behauptet, dass EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen eine Aufhebung des Nürnberger Kodex gefordert habe. Weiter soll Ursula von der Leyen gesagt haben: „Wir müssen es in Erwägung ziehen, Einzelpersonen dazu zu zwingen, diesen Impfstoff gegen ihren Willen einzunehmen."

Der Nürnberger Kodex ist eine Verhaltensrichtlinie für Ärzte und Forschende, die medizinische oder psychologische Experimente an Menschen durchführen. Der Kodex besteht aus zehn Prinzipien und besagt unter anderem, dass Menschen Experimenten, an denen sie teilnehmen, zustimmen müssen und sie abgebrochen werden müssen, falls eine Schädigung oder der Tod der Teilnehmenden erwartbar ist.

Von der Leyen hat weder die Abschaffung des Nürnberger Kodex gefordert, noch Zwangsimpfungen gefordert.

Mehr von CORRECTIV

Diese Falschinformationen und Gerüchte kursieren zum Russland-Ukraine-Krieg

Coronavirus-Faktenchecks: Diese Behauptungen hat CORRECTIV geprüft

Sanktionstracker – Aktuelle Sanktionen gegen Russland im Live-Überblick

Alle aktuellen Faktenchecks



Beiträge wie dieser kursieren seit Anfang Dezember auf Facebook. Ursula von der Leyen hat jedoch weder Zwangsimpfungen gefordert, noch eine Abschaffung des Nürnberger Kodex. (Quelle: Facebook; Screenshot und Schwärzung: CORRECTIV.Faktencheck)

Von der Leyen forderte weder Zwangsimpfungen noch die Abschaffung des Nürnberger Kodex in einer Pressekonferenz

Wir haben eine Anfrage an von der Leyens Büro geschickt. Pressesprecher Peter Müller sieht die Ursache der Behauptung in einer Aussage von der Leyens bei einer Pressekonferenz am 1. Dezember (Minute 22:14). Das auf Facebook zu dem angeblichen Zitat verbreitete Foto stammt offenbar auch von dieser Konferenz – von der Leyen trug dieselbe Kleidung und denselben Schmuck.

Damals hatte eine Journalistin gefragt (ab Minute 21:41), wie ihre Einstellung zur Impfpflicht sei. Von der Leyen antwortete darauf, dass dies allein in die Zuständig der einzelnen EU-Mitgliedstaaten falle und sie daher keine Empfehlung aussprechen könne. Ihrer persönlichen Ansicht nach sei die Impfung in der EU noch nicht in ausreichendem Maße verabreicht worden und es entstünden deshalb hohe Kosten im Gesundheitssystem.

Von der Leyen sagt weiter: „Nicht jeder kann geimpft werden, aber die allermeisten schon. Deshalb ist es meiner Ansicht nach nachvollziehbar und angemessen, jetzt darüber zu diskutieren, wie wir die Leute zu Impfungen bewegen können und auch über eine eventuelle Impfpflicht in der EU nachzudenken. Das muss diskutiert werden, wir brauchen eine gemeinsame Lösung."

Pressesprecher Müller betont: „Mit Nürnberg hat das nichts zu tun." Auch um Zwangsimpfungen geht es in dem Statement nicht.

Eine Suche bei Google und Genios nach dem angeblichen Zitat hat ebenfalls keine relevanten Treffer ergeben. Es scheint frei erfunden zu sein und bedient die Narrative von der Covid-19-Impfung als Experiment, das gegen den Willen der Menschen durchgeführt werde. Eine ähnliche Behauptung hatten wir bereits im März überprüft.

Die Faktencheck-Redaktion von *Full Fact* hat sich ausführlich mit dem Nürnberger Kodex in Zusammenhang mit Covid-19-Impfungen beschäftigt.

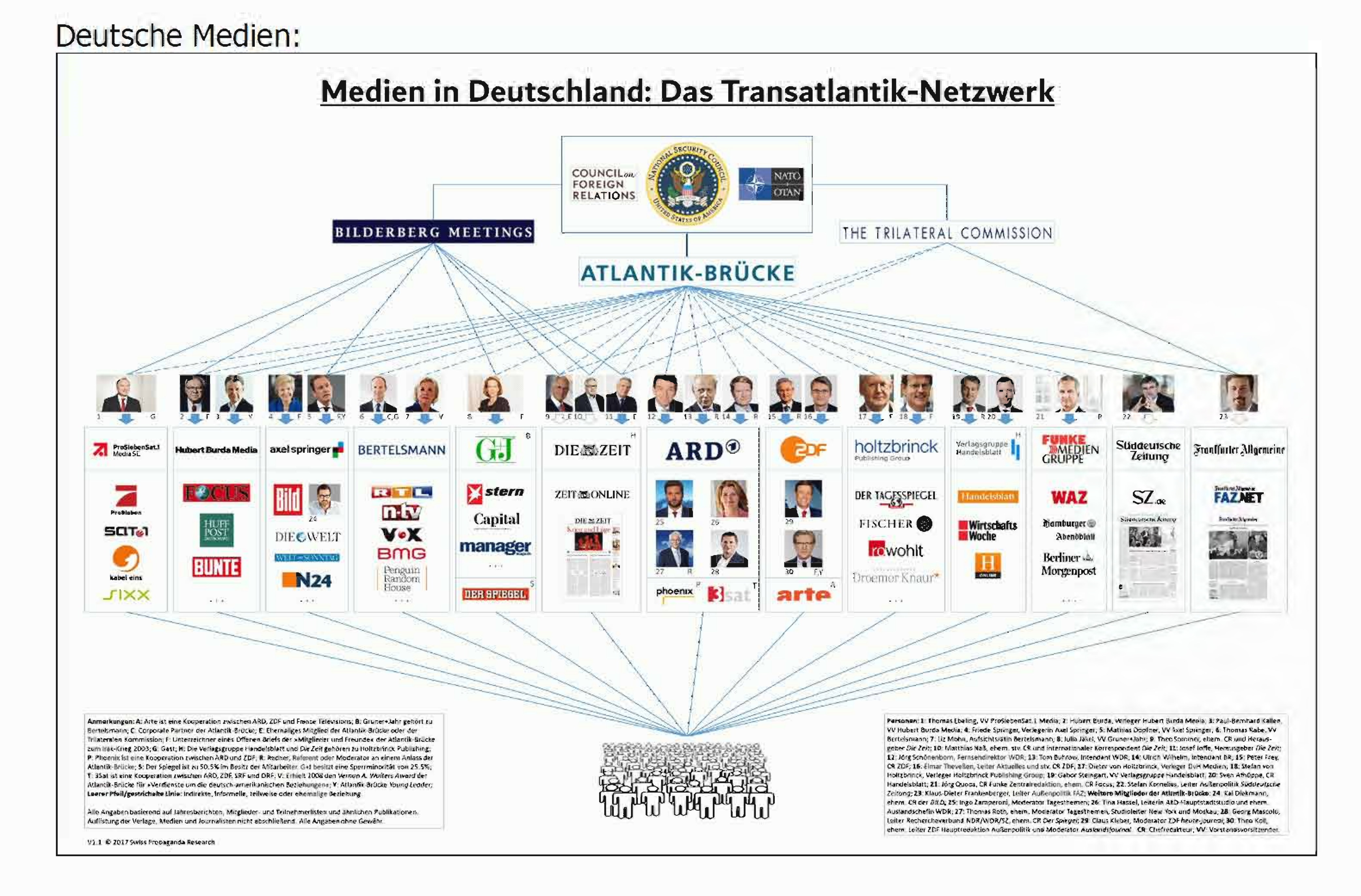
Redigatur: Sophie Timmermann, Matthias Bau

Die wichtigsten, öffentlichen Quellen für diesen Faktencheck:

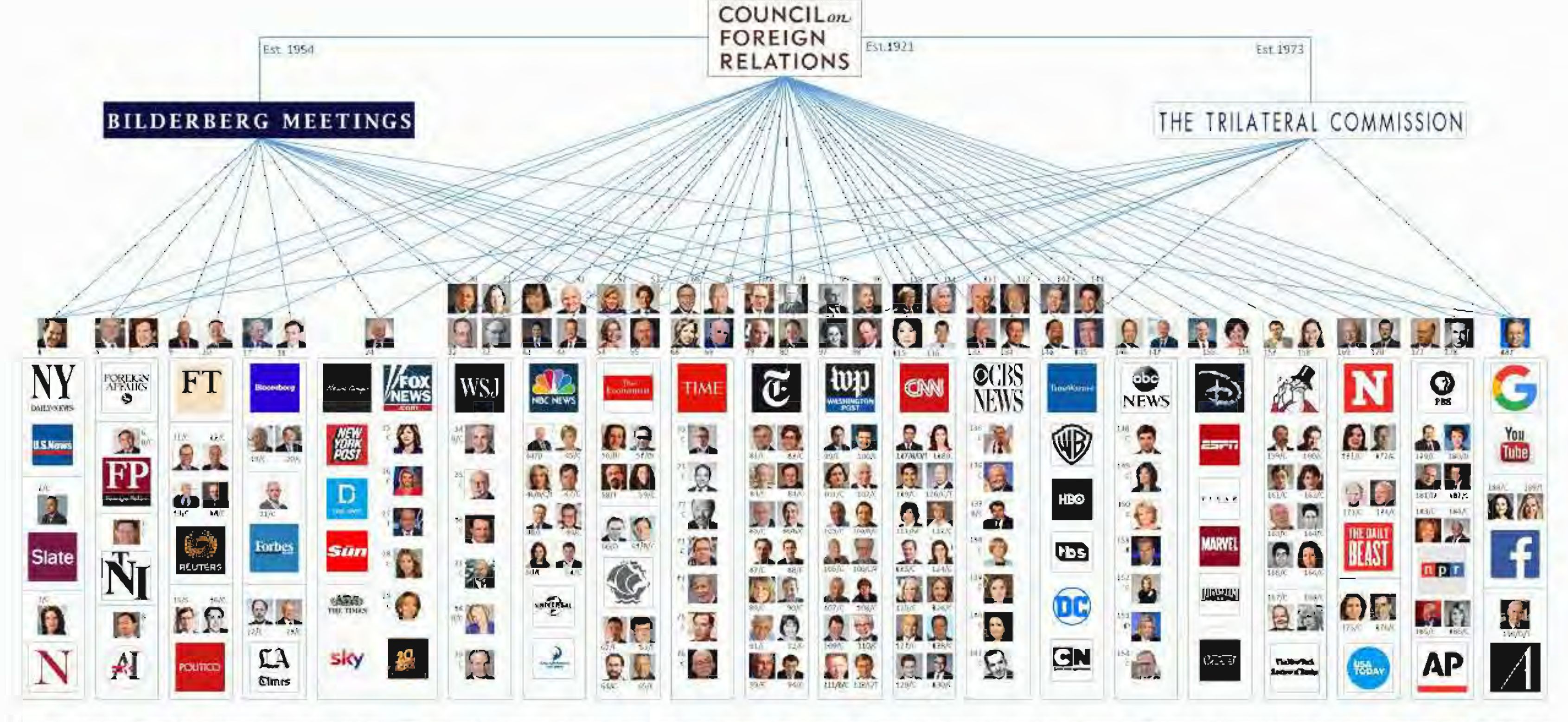
- Pressekonferenz mit Ursula von der Leyen vom 1. Dezember 2021: Link

Anlage B331

Deutsche Medien:



Internationale Medien:



Anlage B401





CORONAVIRUS

Erster Fall in Ischgl bereits am 5. Februar

Der erste Coronavirus-Fall ist in Ischgl in Tirol bereits am 5. Februar aufgetreten. Dabei handelte es sich um eine Kellnerin, die erst Wochen später positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurde. Das gab Franz Allerberger, Leiter des Bereichs Humanmedizin der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES), am Donnerstag bekannt. Für das Land Tirol ist der Fall „nicht nachvollziehbar".

ORF.at/Zita Klimek

2. April 2020, 11.16 Uhr (Update: 2. April 2020, 15.00 Uhr)





Die AGES-Analyse sieht die Angestellte (sie kommt ursprünglich aus der Schweiz) des Apres-Ski-Lokals „Kitzloch" als Primärquelle. Die Frau hatte jedoch nur leichte Symptome und war nicht beim Arzt. Wo sie sich angesteckt hat, ist nicht klar. Bei der amtsärztlichen Untersuchung im März stellte sich heraus, dass sie positiv war. Der bisher vielgenannte Barkeeper, dem in Medien unterstellt wurde, Dutzende im „Kitzloch" angesteckt zu haben, war nicht der „Spreader".

Kellner wurde lediglich als Erster getestet

Vielmehr war er laut Allerberger der Erste der in Ischgl Erkrankten, der zum Arzt ging und Anfang März positiv getestet wurde. Er habe fälschlicherweise die Rolle des angeblichen Weiterverbreiters „umgehängt bekommen", sagte Allerberger. Wichtig für das „Contact-Tracing" sei „der Tag des Erkrankungsbeginns, der Tag der Diagnose muss in vielen Fällen nichts aussagen", betonte er. Ansteckend sind Infizierte laut dem Experten „nur acht Tage".

Eine weitere Kellnerin des Apres-Ski-Lokals zeigte am 8. Februar erste Symptome – der Barkeeper selbst erst am 2. März. Dazu kamen weitere Mitarbeiter dieser Bar, darunter auch der Geschäftsführer und der DJ. Neben den „Kitzloch"-Mitarbeitern gab es bereits am 26. Februar in Ischgl zwei erkrankte Erasmus-Studenten aus Norwegen, die in Bologna studierten und sich beim Skifahren in Ischgl „mit Sicherheit nicht" angesteckt hätten, erläuterte Allerberger.

Tirol fordert Aufklärung von AGES

Das Land Tirol spielte den Ball an die AGES zurück – und verlangt Aufklärung. Der Fall der Schweizerin sei für das Land „nicht nachvollziehbar", sagte Landeshauptmann-Stellvertreter Josef Geisler (ÖVP) bei einer Videopressekonferenz. Die Tiroler „Fallzahlen" würden mit dem 7. März beginnen, dem ersten bestätigten Ischgler Coronavirus-Fall.

„Es ist ganz wichtig, dass uns die AGES Aufklärung gibt, ob das überhaupt den Tatsachen entspricht", so Geisler. Das Ganze sei auch „medizinisch nicht ganz nachvollziehbar". Im Falle des Auftretens am 5. Februar wäre die Krankheit am 9. März „ja schon längst abgeklungen", sprach der Landeshauptmann-Stellvertreter die Inkubationszeit von zwei Wochen an.

„Hoffe schon, dass es da keinen Irrtum gibt"

Man habe jedenfalls von einem solchen Fall „keine Kenntnis gehabt", die Tiroler „Zeitrechnung" gehe von ebenjenem 7. März aus. Geisler richtete der Bundesbehörde AGES aus: „Ich hoffe schon, dass es da keinen Irrtum gibt. Das wäre sehr bedauerlich." Ins selbe Horn stieß indes die Gemeinde Ischgl. Man habe von dem angeblichen Fall am 5. Februar erst am Donnerstag durch die Pressekonferenz von Gesundheitsminister Rudolf Anschober (Grüne) erfahren.

„Auch die von der AGES bekanntgegebene Kellnerin, die mit dem Coronavirus infiziert wurde, war uns bislang nicht bekannt", betonte Bürgermeister Werner Kurz. Der erste bestätigte Fall sei am 7. März bekanntgeworden, unterstrich auch Kurz. Diese Information sei „selbstverständlich an die zuständigen Behörden weitergeleitet" worden, die in der Folge die Schließung der Apres-Ski-Bar „Kitzloch", sämtlicher Gastronomiebetriebe, ein behördliches Versammlungsverbot sowie die Schließung der Seilbahnen veranlasste. „Sämtliche Vorgaben und Verordnungen wurden in Ischgl selbstverständlich umgesetzt", so der Bürgermeister.

Land Tirol: Alle notwendigen Schritte veranlasst

Auch das Land Tirol betonte erneut, dass ab dem 5. März - als man erfahren habe, dass 15 isländische Gäste in ihrer Heimat nach einem Ischgl-Aufenthalt positiv auf das Virus getestet wurden - alle notwendige Schritte veranlasst wurden. Es sei angewiesen worden, das Hotelpersonal der Unterkunft der Isländer zu testen - alle Tests seien negativ ausgefallen.

Der dortige Arzt wurde zudem angehalten, Personen, die zu ihm in die Praxis kommen und grippeähnliche Symptome aufweisen, zu testen bzw. Abstriche vorzunehmen - obwohl das damals laut WHO-Vorgaben noch gar nicht verpflichtend gewesen sei. Bis zu diesem Zeitpunkt, dem 6. März, habe es keinen einzigen Verdachtsfall in oder aus Ischgl gegeben. Als dieser dann am 7. März mit dem besagten Barkeeper feststand, sei mit der Isolierung der Mitarbeiter des „Kitzloch", der vorübergehenden Sperre des Lokals und der endgültigen Schließung am 9. März schnell gehandelt worden.

40 „Coronavirus-Cluster" analysiert

Die AGES hat mittlerweile mehr als 40 „Coronavirus-Cluster" in Österreich analysiert. Unter dem Namen „Cluster S Ischgl" wurden die Fallhäufungen ausgehend von der Region Paznaun analysiert. Allein in Österreich lassen sich 611 Infektionen direkt auf Ischgl zurückführen. Betroffen sind alle Bundesländer, „Hauptpunkt ist natürlich Tirol", erläuterte der Infektiologe. Dort sind es insgesamt 199 Infektionen, gefolgt von 127 in Oberösterreich und 102 in Vorarlberg. Immerhin sechs Fälle aus dem „Cluster S" gibt es im Burgenland, in Wien sind es fünf.

Wie Allerberger bei einer Pressekonferenz erläuterte, stellen von den 611 Personen 573 die „Primärgeneration" dar, also Personen, die die Infektion im Paznauntal selbst erworben haben. 38 Fälle gab es in den Folgegenerationen, also etwa Personen, die zurück zu Hause „die Ehefrau anstecken" und die selbst nicht in Ischgl, St. Anton, Serfaus, Galltür oder St. Christoph waren. Der Infektiologe betonte auch, dass sich mindestens die gleiche Zahl, wenn nicht doppelt so viele im Ausland aufhalten, also Touristen, die nach dem Winterurlaub heimgekehrt sind.



Wie sind die Schutzmaßnahmen zu bewerten?

Patientin 0 „pumperlgesund"

Die Patientin 0 (also die Schweizerin) ist laut Angaben des Experten „pumperlgesund", ebenso die weiteren Angestellten der Bar, die alle maximal 50 Jahre alt sind. In Tirol selbst sind ungefähr acht Personen des „Cluster S" auf der Intensivstation. Die Experten der AGES haben bereits mehr als 40 Cluster in Österreich untersucht. Der erste mit dem Buchstaben A war jener in Wien und Niederösterreich, wo aus Italien zurückgekehrte Personen mehrere Menschen im Umfeld angesteckt hatten.

„Virus hat keine Flügel"

Allerberger sagte, dass das Coronavirus nicht „extrem ansteckend ist", die Infektionen passierten in Apres-Ski-Lokalen, wo Menschen in einer Distanz weniger als einen Meter zumindest 15 Minuten Kontakt gehabt hätten. „Das Virus hat keine Flügel. Es fliegt weder in einem Bundesgarten noch auf der Skipiste auf 2.000, 3.000 Meter Höhe", so Allerberger. Die Infektionen passieren in Apres-Ski-Lokalen, dort, wo Menschen auf engem Raum zusammenstehen. „Ich fahre jeden Tag mit der U-Bahn, mit öffentlichen Verkehrsmitteln, und hab keine Angst, solange die Menschen zumindest einen Meter Abstand halten", bekräftigte der Experte.

Allerberger wies zudem darauf hin, dass man „mit Rückschlüssen vorsichtig sein" müsse. „Das ist kein Kriminalprozess, es sind Indizien, die für uns wichtig sind, weil sie Anleitungen für künftige Maßnahmen sind", sagte Anschober. „Die Betroffenen können in der Situation nichts dafür, ihnen ist überhaupt kein Vorwurf zu machen", sagte der Minister. „Wir sind keine Gerichtsbehörde", konstatierte Anschober.

FPÖ-Kritik an Umgang der Regierung mit Causa Tirol

Die FPÖ warf Gesundheitsminister Anschober unterdessen Versagen in der Causa Tirol vor. FPÖ-Generalsekretär Michael Schnedlitz sprach bei einer Pressekonferenz von der „größten Vertuschungsaktion" der gesamten Krise. Der „Schulterschluss der Regierung" diene lediglich der Vertuschung von Versäumnissen, beklagte er. Die Regierung hätte in Bezug auf die rasante Ausbreitung des Coronavirus in Tirol viel früher und konsequenter handeln müssen, so Schnedlitz.

Anschober solle jetzt nicht den Aufklärer der Causa Tirol spielen, forderte er. Der Minister hätte nach Ansicht der FPÖ selbst die Möglichkeit und die Pflicht gehabt, einzuschreiten und die Grenzen nach Italien etwa viel früher zu schließen. „Dann wäre es nicht zu einer solchen Verschleppung und Ausbreitung in Österreich gekommen", zeigte sich Schnedlitz überzeugt.

Der Minister hätte auch Betriebe, Bars und Lifte in Tirol viel früher schließen müssen, so Schnedlitz am Donnerstag. Dass Anschober nun sage, er wolle die Causa Tirol aufklären, obwohl er laut FPÖ selbst involviert war und dort versagt habe, sei „an Perfidität nicht zu überbieten", so Schnedlitz, der davon ausgeht, dass die „Vertuschungsaktion der Regierung weitergehen wird".

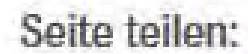
red, ORF.at/Agenturen

- Leerseite -

Anlage B402










Ischgl-Studie: 42,4 Prozent sind Antikörper-positiv

- 79 Prozent der IschglerInnen nahmen an Studie der Med Uni Innsbruck teil
- 42,4 Prozent der StudienteilnehmerInnen haben Antikörper gegen SARS-CoV-2
- Neue Strategie für sichere Antikörpertestung

Knapp 1.500 Bewohnerinnen und Bewohner der Tiroler Gemeinde Ischgl wurden Ende April 2020 auf das neue Corona-Virus bzw. auf SARS-CoV-2 Antikörper getestet. Nun liegen erste Ergebnisse aus der von der Medizinischen Universität Innsbruck durchgeführten und bislang unveröffentlichten Studie vor. Im Zentrum der Untersuchung stand die Ermittlung der Durchseuchung der Ischgler Bevölkerung sowie die Validierung spezifischer Antikörpertestverfahren.

Pressebilder zur freien Verwendung (c Florian Lechner/MUI): Virologin Dorothee van Laer, Rektor W. Wolfgang Fleischhacker, Epidemiologe Peter Willeit




Interviewaufnahmen mit Virologin Dorothee von Laer sowie Laboraufnahmen (Schnittbilder) zum Herunterladen



Innsbruck, am 25.06.2020: 79 Prozent der Ischglerinnen und Ischgler hatten sich nach Einladung durch die Medizinische Universität Innsbruck bereit erklärt, vom 21. bis 27. April 2020 an der Studie teilzunehmen, sodass schließlich 1.473 ProbandInnen (1.259 Erw., 214 Kinder) aus 479 Haushalten für die PCR- und Antikörpertestung zur Ermittlung bestehender bzw. überstandener Infektionen sowie für die Befragung zu Symptomen und Infektionsverlauf zur Verfügung standen. Da es sich bei Ischgl um eine Gemeinde handelt, die aufgrund sogenannter Superspreading-Events überdurchschnittlich von der aktuellen Corona-Pandemie betroffen und infolge der strikten Quarantänemaßnahmen von der Umwelt abgeschlossen war, können aus der populationsbasierten Querschnittstudie wichtige Erkenntnisse zu Virus-Ausbreitung und Infektionsverlauf gewonnen werden. Im Hinblick auf den erhobenen Nachweis von Antikörpern ist die Studie jedoch nicht repräsentativ für die österreichische Gesamtbevölkerung. „Es handelt sich hier um eine Leuchtturmstudie mit dankenswert sehr hoher Beteiligung der Ischgler Bevölkerung. Die Erkenntnisse werden dabei helfen, zukünftige Untersuchungen besser planen zu können und die Anwendung von Antikörpertests noch sicherer zu machen", so der Rektor der Medizinischen Universität Innsbruck, W. Wolfgang Fleischhacker.

Zentrale Ergebnisse

Die Seroprävalenz* (Antikörper gegen SARS-CoV-2) der StudienteilnehmerInnen von Ischgl liegt bei 42,4 Prozent (bei Kindern unter 18 Jahren: 27%). Das ist die zentrale Erkenntnis der Antikörper-Studie, die unter der Leitung der Virologin Dorothee von Laer, Direktorin des Instituts für Virologie an der Medizinischen Universität Innsbruck, durchgeführt wurde. „Wir haben es in Ischgl mit der höchsten, je in einer Studie nachgewiesenen Seroprävalenz zu tun. Auch wenn damit nicht von einer Herdenimmunität auszugehen ist, dürfte die Ischgler Bevölkerung doch zu einem Gutteil geschützt sein", kommentiert Studienleiterin von Laer das Ergebnis.

Der Anteil der seropositiv Getesteten liegt damit etwa sechs Mal höher (bei Kindern zehn Mal höher) als die Zahl der zuvor mittels PCR positiv getesteten Personen, die Rate der offiziell gemeldeten Fälle beträgt damit nur 15 Prozent der de facto Infizierten. Die Zahl der nicht dokumentierten Fälle, die aufgrund eines asymptomatischen oder milden Infektionsverlaufs nicht getestet wurden, lässt sich ausschließlich mit Antikörpertests nachweisen. „Eine hohe Rate nicht dokumentierter Fälle haben wir bereits vor Studienbeginn angenommen und sie hat sich nun, wie in anderen Hotspots auch, bestätigt", so von Laer.

Auch für Peter Willeit, Epidemiologe an der Innsbrucker Univ.-Klinik der Neurologie, hat die Untersuchung einen besonderen Stellenwert: „In keiner anderen Studie hatte ein so hoher Prozentsatz an StudienteilnehmerInnen Antikörper gegen SARS-CoV-2 im Blut. In Gröden lag der Prozentsatz beispielsweise bei 27 Prozent, in einer Studie in Genf bei etwa 10 Prozent. Besonders interessant an den Ergebnissen der Studie in Ischgl ist, dass ein Großteil der Personen mit Antikörpern erst durch die Studie als Coronafälle identifiziert wurde. Das unterstreicht, wie wichtig die Durchführung von Antikörper-Studien ist", kommentiert Willeit.

Mittels Fragebogen konnten in der Studie auch vorsichtige Rückschlüsse auf den Infektionsverlauf erhoben werden. So berichtete ein Großteil der seropositiv getesteten StudienteilnehmerInnen über Geschmacks- und Geruchsstörungen, gefolgt von Fieber und Husten. Unter den seropositiv getesteten Kindern verlief die Infektion meist asymptomatisch. Lediglich neun Erwachsene unter den StudienteilnehmerInnen mussten im Krankenhaus behandelt werden.

Tests am Prüfstand

Im Fokus der Studie stand außerdem die Anwendungssicherheit der Testverfahren zur Feststellung von Antikörpern. Diese Eiweißmoleküle, sogenannte Immunglobuline, werden vom Immunsystem zur Bekämpfung von Krankheitserregern und anderen Fremdstoffen gebildet. „Um die SARS-CoV-2 spezifischen Immunglobuline IgA und IgG im Blut nachweisen zu können, haben wir ein dreistufiges Verfahren mit maximaler Sensitivität und praktisch 100 Prozent Spezifität etabliert", beschreibt von Laer die neue Teststrategie. Dabei wurden zwei hochsensitive ELISA-Tests (Immunassay-Verfahren, das auf einer enzymatischen Farbreaktion basiert) eingesetzt, deren negative Ergebnisse als endgültig negativ beurteilt wurden. Übereinstimmend positive Ergebnisse wurden als „Hinweis auf eine zurückliegende Infektion mit SARS-CoV-2" beurteilt. War nur ein ELISA positiv, der andere negativ, wurde zur weiteren Abklärung ein Neutralisationstest durchgeführt.

Die Frage der Immunität bzw. wie lange TrägerInnen von SARS-CoV-2 Antikörpern vor einer Infektion geschützt sind, ist auch mit dieser Studie nicht aufgeklärt. „Es wäre sicher sinnvoll, die Ischgler Kohorte weiterhin zu begleiten und die Seroprävalenz zu einem späteren Zeitpunkt wieder zu untersuchen", so Rektor Fleischhacker.

GLOSSAR:

Seroprävalenz: Als Seroprävalenz bezeichnet man die Häufigkeit des serologischen Nachweises spezifischer Antikörper, die in einer Population zu einem bestimmten Zeitpunkt auf eine bestehende oder durchgestandene Infektionskrankheit hinweisen.

PCR: Die Polymerase-Kettenreaktion (englisch polymerase chain reaction (PCR)) ist eine Methode, um Erbsubstanz (DNA) in vitro zu vervielfältigen. Dazu wird das Enzym DNA-Polymerase verwendet. Die PCR wird in biologischen und medizinischen Laboratorien zum Beispiel für die Erkennung von Erbkrankheiten und Virusinfektionen verwendet.

Neutralisationstest: Der Neutralisationstest (NT) ist eine Variante des Plaque-Assays, mit dem



Vermehrung mehr kommen kann und die Anzahl an infizierten Zellen in sogenannten Virusplaques in einer Zellkultur reduziert wird. Daher bezeichnet man den Neutralisationstest auch als Plaque-Reduktions-Assay. Die Spezifität der NT-Reaktion wird jedoch von keinem automatisierten Immunassay erreicht, weshalb der NT vielfach als Referenztest für die Qualitätskontrolle Verwendung findet. Bei der Suche nach neutralisierenden Antikörpern ist der Neutralisationstest alternativlos.

Sensitivität: Die Sensitivität eines diagnostischen Testverfahrens gibt an, bei welchem Prozentsatz erkrankter Patienten die jeweilige Krankheit durch die Anwendung des Tests tatsächlich erkannt wird, d.h. ein positives Testresultat auftritt. Sie wird definiert als der Quotient aus richtig positiven Testergebnissen und der Summe aus richtig positiven und falsch negativen Testergebnissen. Je höher die Sensitivität eines Tests ist, desto sicherer erfasst er die Erkrankung.

Spezifität: Die Spezifität eines diagnostischen Testverfahrens gibt die Wahrscheinlichkeit an, dass tatsächlich Gesunde, die nicht an der betreffenden Erkrankung leiden, im Test auch als gesund erkannt werden. Sie wird definiert als der Quotient aus richtig negativen Testergebnissen und der Summe aus falsch positiven und richtig negativen Testergebnissen – also allen Testergebnissen, denen tatsächlich keine Erkrankung zugrunde lag.

Anlage B403

PANORAMA

DONNERSTAG, 25. JUNI 2020

Test in Superspreader-Gemeinde

Was besagt die Ischgl-Studie?



Die Tiroler Gemeinde Ischgl gilt als eines der Corona-Ausbruchszentren. Urlauber brachten das Virus von dort vielfach in ihre Heimat. Nun haben Mediziner in einer großen Feldstudie die Bewohner untersucht. Dabei kommen sie zu erstaunlichen Ergebnissen. Doch es bleiben Fragen offen.

Warum wurden die Ischgler getestet?

Es handele sich um eine Gemeinde, "die aufgrund sogenannter Superspreading-Events überdurchschnittlich von der aktuellen Corona-Pandemie betroffen" war, schreiben die Wissenschaftler. Wegen der strikten Quarantänemaßnahmen können aus der Querschnittsstudie zudem wichtige Erkenntnisse zu Virus-Ausbreitung und Infektionsverlauf gewonnen werden.

Die österreichische Gemeinde gilt als einer der Hauptverbreitungsorte des Virus in Europa. In der Bar "Kitzloch" hatten sich Anfang des Jahres Hunderte infiziert und dann das Virus in ihre Heimat gebracht. Vom 13. März bis zum 22. April stellten die Behörden die Region dann unter Quarantäne. Weil bereits früher Coronafälle aus der Region bekannt geworden waren, wird der Zeitpunkt der Maßnahmen als zu spät massiv kritisiert.

Wer wurde getestet?

Insgesamt wurden Ende April 1473 Menschen auf das Coronavirus und Antikörper getestet - 1259 Erwachsene und 214 Kinder. Das sind 79 Prozent der Einwohner. Sie leben zusammen in 479 Haushalten. Insgesamt leben in der Gemeinde mehr als 1860 Menschen.



PANORAMA 25.06.20
Dr. Specht zu unbemerkten Fällen
Hat Deutschland so extreme Dunkelziffer wie Ischgl?

Es ging den Forschern auch um die Prüfung von Untersuchungsmethoden. Für absolute Sicherheit wurde ein dreistufiges Verfahren genutzt. Erst wenn mindestens zweimal entsprechende Eiweißmoleküle, die vom Immunsystem zur Abwehr gebildet werden, nachgewiesen werden konnten, gilt das Testergebnis als zuverlässig.

Was ist die Kernaussage der Ischgl-Studie?

Bei 42,4 Prozent der Getesteten wiesen die Forscher Antikörper im Blut nach. Das heißt, sie waren infiziert. Dies ist der höchste jemals in einer Testreihe nachgewiesene Wert, wie die Medizinische Universität Innsbruck mitteilte. Bei Kindern unter 18 Jahren lag die Quote bei 27 Prozent. Unter dem Strich lag der Anteil der Einwohner, bei denen Antikörper festgestellt wurden etwa sechsmal höher als die Zahl der zuvor positiv auf den Erreger an sich getesteten Menschen in Ischgl.

Zum Vergleich: In einem der ersten Corona-Hotspots in Deutschland, Gangelt im Kreis Heinsberg, waren laut einer Anfang April durchgeführten Studie gut 15 Prozent der Einwohner infiziert oder hatten eine Infektion bereits hinter sich. Den Angaben aus Innsbruck zufolge wiesen vergleichbare Studien für Gröden in Südtirol Werte von 27 Prozent und für Genf von 10 Prozent auf.

Ist damit eine Herdenimmunität in der Gemeinde erreicht?

Nein. Die Forscher weisen aber darauf hin, dass "die Ischgler Bevölkerung doch zu einem Gutteil geschützt sein" dürfte. Bislang überwiegt die Annahme, dass man von einer Herdenimmunität sprechen kann, wenn sich 60 bis 70 Prozent der Bevölkerung auf natürlichem Wege angesteckt haben. Weil sie nach ihrer Genesung immun sind, könnten sie auch die restlichen 30 bis 40 Prozent schützen, da sie den Erreger wie eine Schutzmauer abblocken.

Wie immun sind Infizierte allgemein?

Das ist noch unsicher. Die Forscher schreiben, es sei zum jetzigen Zeitpunkt offen, wie lange und damit auch wie stark die positiv Getesteten vor einer Infektion geschützt sind. Deswegen empfehlen sie, die Testpersonen zu einem späteren Zeitpunkt erneut zu untersuchen.

Jüngst hatte eine Studie chinesischer Forscher ergeben, dass gerade Infizierte mit einem milderen Krankheitsverlauf wohl eine deutlich geringere Immunität aufweisen. So war in der Untersuchung bei Patienten ohne Symptome schon nach acht Wochen die Anzahl der Antikörper um mehr als 80 Prozent gesunken, bei den Menschen mit Symptomen hingegen nur um 62 Prozent. Zudem wurden bei den asymptomatischen Patienten weniger an der Immunabwehr beteiligte Zellproteine festgestellt, was auf eine schwächere Immunantwort auf das Coronavirus hindeutet.

Wie verliefen die Infektionen bei den Ischglern?

Viele haben den Angaben zufolge erst durch die Antikörper-Tests erfahren, dass sie mit dem Coronavirus infiziert waren. "Das unterstreicht, wie wichtig die Durchführung von Antikörper-Studien ist", sagt Epidemiologe Peter Willeit. So hätten von den positiv auf Antikörper getesteten Personen zuvor nur 15 Prozent die Diagnose erhalten hatten, infiziert zu sein, sagte die Direktorin des Instituts für Virologie, Dorothee von Laer. "85 Prozent derjenigen, die die Infektion durchgemacht haben, haben das unbemerkt durchgemacht." Von ihnen habe etwa die Hälfte zwar schon Symptome gehabt, aber in vielen Fällen derart milde, dass die Infektion beispielsweise als Schnupfen abgetan wurde.

Anhand von Fragebögen zeigte sich den Forschern, dass ein Großteil derer, die nun Antikörper aufwiesen, während der Infektion über Geschmacks- und Geruchsstörungen klagte. Weitere Symptome waren Fieber und Husten. Neun erwachsene Probanden mussten im Krankenhaus behandelt werden. Einer starb. Die positiv getesteten Kinder hatten zumeist keine Symptome.

Was kann die Studie nicht?

Die Mediziner schreiben, dass die Ergebnisse nicht repräsentativ für die österreichische Gesamtbevölkerung seien. Es handele sich hier um eine Leuchtturmstudie, deren Erkenntnisse helfen, zukünftige Untersuchungen besser zu planen und Antikörpertests noch sicherer zu machen, sagt Uni-Rektor W. Wolfgang Fleischhacker. Zudem sagt die Erhebung nichts über die Qualität der Immunität.

Quelle: ntv.de, jwu

- Leerseite -

Anlage B404

Corona-Hotspot Ischgl: Knapp die Hälfte der Einwohner war infiziert

Antikörper-Test ergibt weltweit höchsten Durchseuchungswert für SARS-CoV-2

26. Juni 2020

Der Tiroler Skiort Ischgl war einer der frühen Hotspots der Corona-Pandemie. Wie stark das Virus dort grassierte, enthüllt nun eine Studie. © annie_zhak/ iStock



Überraschender Befund: Im Tiroler Skiort Ischgl grassierte das Coronavirus stärker als selbst in Wuhan. Denn wie nun eine Studie enthüllt, tragen gut 42 Prozent der Einwohner Antikörper gegen SARS-CoV-2 in sich – das ist mehr als an jedem anderen Ort der Welt, wie die Forscher berichten. In ihren Tests waren sechsmal mehr Einwohner positiv als zuvor offiziell gemeldet. Das bestätigt die hohe Dunkelziffer der Infektionen.

Der Skiort Ischgl in den österreichischen Alpen hat im Frühjahr 2020 traurige Berühmtheit erlangt. Denn bei den Aprés-Ski-Partys in dem beliebten Urlaubsort steckten sich besonders viele Touristen aus aller Welt mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 an – und schleppten das Virus dann unerkannt in ihre Länder ein. Einer Studie vom Mai 2020 zufolge könnten sogar 48 Prozent der Covid-19-Fälle in Deutschland auf den Hotspot Ischgl zurückgehen.

Seither ist strittig, ob die örtlichen Gesundheitsbehörden mitschuld an dieser Infektionsausbreitung sind, weil sie die Quarantäne für Ischgl erst Mitte März anordneten – fast zwei Wochen nach der ersten Diagnose und den ersten Warnungen ausländischer Gesundheitsbehörden. Zurzeit laufen daher mehrere Anzeigen gegen das Land Tirol.

Weltweit höchste Durchseuchung

Mehr Klarheit über das Ausmaß des Corona-Ausbruchs in Ischgl bringt nun die Studie von Forschern um Dorothee von Laer von der Medizinischen Universität Innsbruck. Sie haben Ende April knapp 1.473 Bewohnerinnen und Bewohner aus 479 Haushalten in Ischgl auf eine Infektion getestet – dies entspricht etwa 79 Prozent der Bevölkerung. Zum Einsatz kamen dabei sowohl PCR-Tests, die einen akuten Virenbefall anzeigen, wie auch Antikörpertests, die eine bereits überstandene Infektion nachweisen können.

Das Ergebnis: 42,4 Prozent der Einwohner von Ischgl tragen Antikörper gegen das Coronavirus im Blut – ein weltweit einmalig hoher Anteil. Von den Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren hatten 27 Prozent eine Infektion hinter sich. „Wir haben es in Ischgl mit der höchsten, je in einer Studie nachgewiesenen Seroprävalenz zu tun“, sagt von Laer. Selbst im chinesischen Wuhan, dem Ausgangspunkt der weltweiten Corona-Pandemie und im deutschen Corona-Hotspot Heinsberg ist die Durchseuchungsrate geringer.

Sechsmal mehr Infizierte als offiziell bekannt

Damit ist klar: In Ischgl haben sich weit mehr Menschen mit SARS-CoV-2 infiziert, als nach offiziellen Zahlen bekannt war. Der jetzt ermittelte Anteil liegt sechsmal höher als die offiziell gemeldeten Fallzahlen aus diesem Ort. Das unterstreicht, dass die Dunkelziffer bei Covid-19 wegen der vielen milden oder sogar asymptomatischen Verläufe hoch ist. „Eine hohe Rate nicht dokumentierter Fälle haben wir bereits vor Studienbeginn angenommen und sie hat sich nun, wie in anderen Hotspots auch, bestätigt“, sagt von Laer.

Gleichzeitig legt die hohe Rate an Infektionen in Ischgl nahe, dass das Virus in dem Skiort schon vor den strengen Quarantänemaßnahmen stark verbreitet war. „Die Studie beweist, dass das Covid-19-Virus bereits im Februar in Ischgl verbreitet gewesen sein muss, da es bei den Touristen, aber eben auch bei den Einheimischen zu einer massenhaften Ansteckung kam“, kommentiert Peter Kolba, Obmann des österreichischen Verbraucherschutzvereines. Er ist einer der Kläger gegen das Land Tirol.

Zwischen Stigma und Chance

Für die Bewohner von Ischgl sind die Testergebnisse ein eher zweischneidiges Schwert. Zum einen verstärkt die das Stigma ihres Orts als einem weltweiten Corona-Hotspot. Zum anderen aber haben die meisten von ihnen das Schlimmste wahrscheinlich hinter sich: „Auch wenn damit nicht von einer Herdenimmunität auszugehen ist, dürfte die Ischgler Bevölkerung doch zu einem Gutteil geschützt sein“, sagt von Laer.

Quelle: Medizinische Universität Innsbruck

26. Juni 2020

- Nadja Podbregar

Anlage B405

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

39
2020

24. September 2020

Epidemiologisches Bulletin

Abwägung der Dauer von Quarantäne und Isolierung bei COVID-19; Toleranzen gegenüber bioziden Wirkstoffen

Inhalt

Impressum

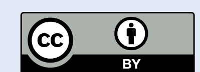
Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Telefon 030 18754–0

Redaktion
Dr. med. Jamela Seedat
Telefon: 030 18754–23 24
E-Mail: SeedatJ@rki.de

Nadja Harendt (Redaktionsassistenz)
Telefon: 030 18754 – 24 55
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
E-Mail: EpiBull@rki.de

Allgemeine Hinweise/Nachdruck
Die Ausgaben ab 1996 stehen im Internet zur Verfügung:
www.rki.de/epidbull

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



ISSN 2569-5266



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Abwägung der Dauer von Quarantäne und Isolierung bei COVID-19

Einleitung

Angesichts weltweit zunehmender Fallzahlen und wieder ansteigender Ansteckungszahlen mit SARS-CoV-2 auch in Deutschland ist die konsequente Einhaltung von empfohlenen Maßnahmen zur Verlangsamung der Ausbreitung des Virus in der gesamten Bevölkerung weiterhin erforderlich. Grundlage hierfür bleiben das Abstandhalten, die Einhaltung der Hygienemaßnahmen, das Einhalten von Husten- und Niesregeln, das Tragen von Mund-Nasen-Bedeckung/Alltagsmaske in bestimmten Situationen sowie eine gute Belüftung beim Aufenthalt in geschlossenen Räumen (AHA+L-Regel).

Falls es zu einer SARS-CoV-2-Infektion gekommen ist, stehen individuelle Maßnahmen im Vordergrund: Nach aktuellen Empfehlungen sind dies die rasche, mindestens 10-tägige (Selbst-)**Isolierung** von Erkrankten und Personen, bei denen eine Virusausscheidung festgestellt worden ist, und die 14-tägige **Quarantäne** derjenigen, bei denen nach Kontakt zu einer ansteckenden Person die Wahrscheinlichkeit besteht, dass es zu einer Ansteckung gekommen ist (Kontaktpersonen Kategorie I). Isolierung und Quarantäne haben beide im Infektionsschutzgesetz (§30 IfSG) ihre gesetzliche Grundlage und werden dort unter dem gemeinsamen Überbegriff der „Absonderung" geführt. Sie unterscheiden sich jedoch grundlegend im Ansatz und in der Zielstellung.

Empfehlungen zur Dauer der Quarantäne und Isolierung erfolgen in Anpassung an den jeweils aktuellen Wissensstand, der sich angesichts der Neuartigkeit von SARS-CoV-2 und der Dynamik des weltweiten Ausbruchsgeschehens kontinuierlich verändert. Die Flexibilität, auf eine sich verändernde Erkenntnislage mit Anpassungen zu reagieren, ist unverzichtbar. Trotz noch nie dagewesener Fokussierung der globalen Forschungsbemühungen auf ein Ausbruchsgeschehen, bleiben jedoch viele Wissenslücken und Unsicherheiten bestehen. Damit einher geht ein unvermeidbares Restrisiko, dessen akzeptable Höhe stets neu abgewogen werden muss.

Maßnahmenlockerungen können positive Effekte erzielen wie etwa Kosteneinsparungen und Akzeptanzerhöhungen. Sie können aber auch mit einer Erhöhung des Ansteckungsrisikos für Dritte einhergehen, falls sich zum Beispiel in Folge einer Verkürzung der Quarantäne- oder Isolierungsdauer vermehrt Personen im öffentlichen Raum bewegen, die eine mögliche Ansteckungsquelle darstellen.

Im Folgenden wird der Unterschied von Quarantäne und Isolierung basierend auf den Grundlagen des Infektionsverlaufs näher erläutert. Erste Ergebnisse aus internen Rechenmodellen des Robert Koch-Instituts (RKI) verdeutlichen, wie sich das Restrisiko einer Infektion Dritter in Abhängigkeit von der Quarantänedauer mit oder ohne abschließende Testung verhält.

Diese Erkenntnisse können als eine Entscheidungsgrundlage in den politischen Abwägungsprozess von Infektionsschutzmaßnahmen gegenüber anderen berechtigten sozialen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Aspekten in der Pandemiebekämpfung einbezogen werden.

Unterscheidung von Quarantäne und Isolierung

Der Begriff der **Quarantäne** bezieht sich auf die zeitweilige Absonderung **symptomfreier Personen**, bei denen eine Ansteckung wahrscheinlich ist, da sie in Kontakt mit einer ansteckenden Person(en) waren (Exposition).

Während der Quarantäne wird die Entwicklung von Krankheitszeichen mit dem Ziel der frühzeitigen Erkennung einer Infektion von Kontaktpersonen überwacht und das Risiko einer unbemerkten Übertragung auf ein Minimum reduziert. Spätestens beim Auftreten von Krankheitszeichen erfolgt in der Regel eine Laboruntersuchung. Weist diese auf eine Ansteckung hin, schließt sich direkt eine Isolierung an die Quarantäne an (siehe Abb. 1).

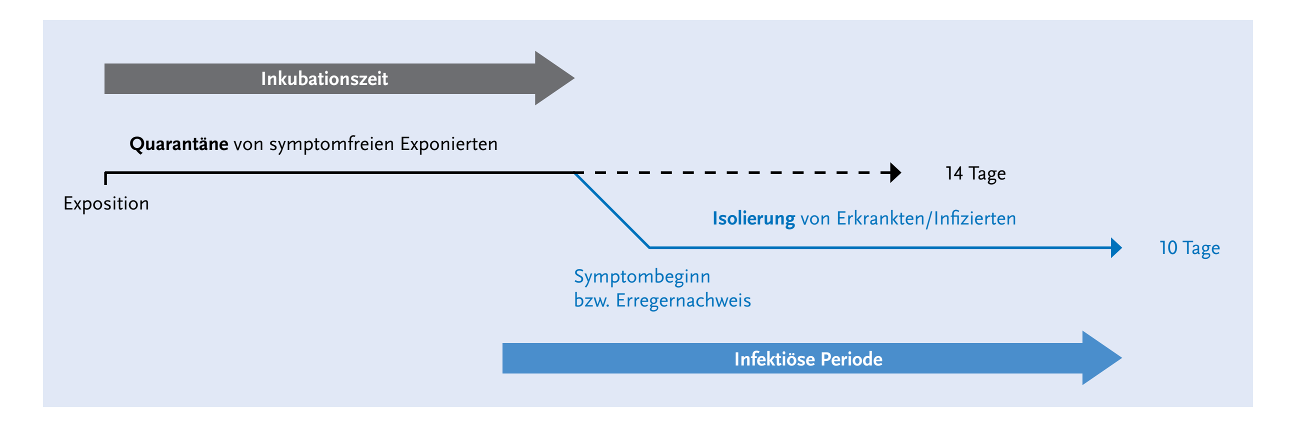


Abb. 1 | Die Quarantäne von Personen, die Kontakt mit einer infizierten Person hatten und selber keine Krankheitssymptome zeigen, und die Isolierung von Erkrankten/nachweisbar Infizierten, sind zwei unterschiedliche Formen der Absonderung. Die Dauer der Quarantäne richtet sich nach der Inkubationszeit, der Periode zwischen Aufnahme des Infektionserregers und dem Auftreten erster Krankheitssymptome. Die Dauer der Isolierung orientiert sich an der infektiösen Periode, d.h. der Phase der Ansteckungsfähigkeit. Die zeitliche Überlappung von Inkubationszeit und infektiöser Periode ist bedingt durch die bereits vor Auftreten der ersten Krankheitssymptome einsetzende Ansteckungsfähigkeit (Erläuterung siehe unter „Grundlagen des Infektionsverlaufs“). Inkubationszeit = Zeit zwischen der Ansteckung und den ersten Symptomen. Exponierte = Personen, die Kontakt mit einer infizierten Person hatten.

Bei der **Isolierung** handelt es sich um die Absonderung von **kranken oder nachweisbar infizierten Personen** (siehe Abb. 1). Durch die Isolierung soll verhindert werden, dass eine infizierte Person in der Zeit, in der sie den Erreger ausscheidet und ansteckend ist, Kontakt zu anderen Personen hat und diese ansteckt.

Beide Formen der Absonderung, sowohl die Quarantäne als auch die Isolierung, haben das gemeinsame Ziel, eine Weiterverbreitung des Infektionserregers zu verhindern.

Grundlagen des Infektionsverlaufs

Zum besseren Verständnis der Konzepte von Quarantäne und Isolierung ist es hilfreich, sich den bisher bekannten Infektionsverlauf anhand von zwei in diesem Zusammenhang entscheidenden Infektionsphasen zu veranschaulichen:

- Die **Inkubationszeit** als Periode zwischen der Aufnahme des Infektionserregers (Ansteckung) und dem Auftreten der ersten Krankheitssymptome bildet die Grundlage für die Dauer der Quarantäne.
- Die **infektiöse Periode** als Phase der Ansteckungsfähigkeit bildet die Grundlage für die Dauer der Isolierung.

Im Fall von SARS-CoV-2 überlappen sich beide Infektionsphasen durch die bereits vor Auftreten der ersten Krankheitssymptome einsetzende Ansteckungsfähigkeit (siehe Abb. 1).

Verlauf der Virusausscheidung

Nach Infektion eines neuen Wirts/Menschen vermehrt sich SARS-CoV-2 zunächst in den Epithelzellen der **oberen Atemwege** (Deckschicht der Atemwegsschleimhaut), so dass es zu einem Anstieg der Viruslast und zur Ausscheidung infektiöser Viren in den oberen Atemwegen kommt. Dies geschieht bereits vor dem Auftreten erster Krankheitssymptome in der sogenannten präsymptomatischen Phase.

Sobald die Viruslast die Nachweisgrenze des eingesetzten diagnostischen Untersuchungsverfahrens überschritten hat, kann das Vorliegen der Infektion labordiagnostisch festgestellt werden, auch wenn die/der Betroffene noch symptomfrei ist. Je empfindlicher das eingesetzte diagnostische Untersuchungsverfahren ist, desto frühzeitiger lässt sich eine SARS-CoV-2-Infektion erkennen.

Die Viruslast in den oberen Atemwegen nimmt zu, bis sie einen maximalen Wert erreicht. Die derzeitige Studienlage deutet darauf hin, dass dieser maximale Wert zeitlich in etwa mit dem Auftreten erster Krankheitssymptome zusammenfällt.[1–4] Anschlie-

ßend erfolgt ein kontinuierlicher Abfall der Viruslast in den Sekreten der oberen Atemwege.

Im Gegensatz dazu erreicht die Viruslast in den **unteren Atemwegen** ihren Spitzenwert mitunter später und fällt generell langsamer ab. Dementsprechend weist eine virologische Diagnostik unter Verwendung von Probenmaterialien der unteren Atemwege, wie z. B. Sputum (Hustenauswurf), oftmals länger positive Untersuchungsergebnisse auf als beispielsweise Abstriche der oberen Atemwege.

Inkubationszeit

Zur Bestimmung der Inkubationszeit einer Infektionskrankheit müssen der Zeitpunkt der Aufnahme des Erregers und der Zeitpunkt des Auftretens von ersten Krankheitssymptomen bekannt sein. Diese Zeitpunkte definieren Beginn und Ende der Inkubationszeit.

Für SARS-CoV-2 wurden entsprechende Daten in mehreren Studien analysiert: Der Median der Inkubationszeit liegt zwischen 5 und 6 Tagen, d. h. nach diesem Zeitraum haben 50 % der Infizierten Symptome entwickelt.[5–11] In verschiedenen Studien wurde berechnet, zu welchem Zeitpunkt 95 % der Infizierten Symptome entwickelt hatten. Das 95. Perzentil der Inkubationszeit lag bei 10–14 Tagen. Bei einem kleinen Teil der Infizierten tritt der Erkrankungsbeginn erst nach Abschluss von 14 Tagen auf.[6–12]

Infektiöse Periode

Die Erkenntnisse zum zeitlichen Verlauf der infektiösen Periode (Zeitdauer der Ansteckungsfähigkeit) von mit SARS-CoV-2 infizierten Personen basieren auf zwei Arten von Untersuchungen:

1. **Epidemiologische (Kontaktnachverfolgungs-) Studien:** Durch Untersuchung von Übertragungsereignissen zwischen Kontaktpersonen wurde gezeigt, dass viele SARS-CoV-2-Übertragungen präsymptomatisch erfolgen, also durch Personen, die noch keine Symptome zeigen. Beispielsweise demonstrierten He et al., dass präsymptomatische Übertragungen für einen Großteil (44 %) von SARS-CoV-2-Übertragungen verantwortlich sind, wobei nur 9 % der Übertragungen mehr als 3 Tage vor Symptombeginn erfolgen.[1,2] Unterschiedliche Studienergebnisse in diesem Kontext sind u. a. auf die unspezifischen Allgemeinsymptome zurückzuführen, die von den Probanden teilweise nicht als Krankheitsbeginn erkannt und berichtet werden. Zudem ist der Symptombeginn in verschiedenen Studien nicht einheitlich – oder gar nicht – definiert. Im Hinblick auf symptomatisch Infizierte können die ermittelten Übertragungsraten auch dadurch beeinflusst werden, dass beim Auftreten erster Symptome Isolierungsmaßnahmen erfolgen und dementsprechend die Ansteckungsrate sinkt.

2. **Virologische Studien:** Ob jemand ansteckend ist, kann näherungsweise im Anschluss an einen molekularbiologischen Virusnachweis untersucht werden, indem versucht wird, die Viren unter Laborbedingungen aus dem Probenmaterial des Patienten anzuzüchten. Der Anzuchterfolg gilt als verlässlichster Hinweis auf eine Ansteckungsfähigkeit und variiert u. a. in Abhängigkeit von der Viruslast und der Qualität der Probennahme (z. B. Abnahmesystem und Transportzeit). Bei präsymptomatischen Personen wurde über eine erfolgreiche Virusanzucht bis 6 bzw. seltener 10 Tage vor Symptombeginn berichtet,[13,14] was auf die Möglichkeit auch frühzeitiger präsymptomatischer Übertragungen hinweist (siehe aber auch Erläuterung zur unscharfen Definition des Symptombeginns unter obigem Punkt 1). Innerhalb der ersten Woche nach Symptombeginn sinkt die Anzuchtwahrscheinlichkeit deutlich ab.[4,14] Sofern eine milde bzw. moderate Erkrankung besteht, gilt die erfolgreiche Anzucht später als 10 Tage nach Symptombeginn als unwahrscheinlich.[4,13,15,16] Schwer erkrankte Patienten stellen eine Ausnahme von dieser Regel dar mit erfolgreicher Virusanzucht bis maximal 20 Tage nach Symptombeginn,[17] ebenso wie immungeschwächte Personen und wenige Einzelfälle.[18,19]

Im Gegensatz zu replikationsfähigem Virus ist die RNA von SARS-CoV-2 bei vielen Patienten noch Wochen nach Symptombeginn mittels PCR-Untersuchung nachweisbar.[20] Dass diese positiven PCR-Ergebnisse bei genesenen Patienten nicht mit Ansteckungsfähigkeit gleichzusetzen ist, wurde in mehreren Analysen gezeigt, bei denen parallel zur PCR-Untersuchung eine Anzucht von SARS-CoV-2 in der Zellkultur durchgeführt wurde[4,13,15,16] (siehe Abb. 2).

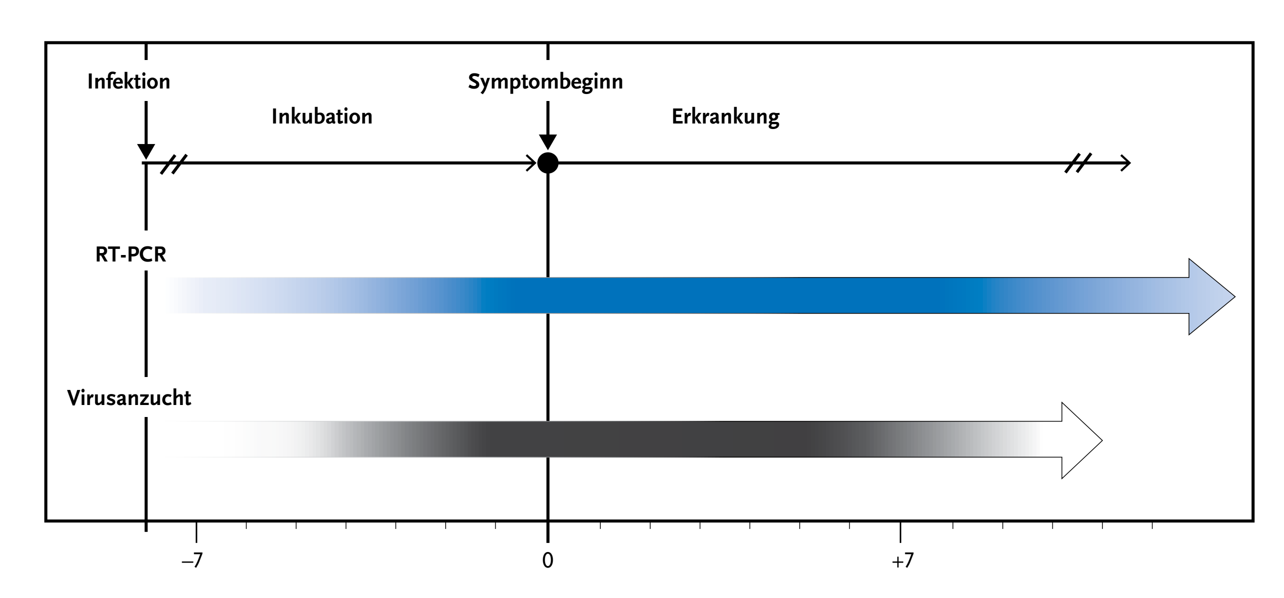


Abb. 2 | Orientierende Veranschaulichung des Zeitverlaufs klinischer, virologischer und diagnostischer Parameter bei einer SARS-CoV-2-Infektion entsprechend derzeitigem Wissensstand. Die Infektionsverläufe können sich von Fall zu Fall, z. B. in Abhängigkeit von Vorerkrankungen, relevant unterscheiden. Der Median der Inkubationszeit liegt bei 5–6 Tagen, das 95. Perzentil bei 10–14 Tagen. Angaben zur Virusanzucht beziehen sich auf Sekrete der oberen Atemwege von mild bzw. moderat erkrankten Menschen mit normalem Immunstatus.[4,13,14,16] Unter anderen Bedingungen, wie z. B. bei schwerer Erkrankung, ist eine erfolgreiche Virusanzucht bis zu 20 Tage nach Symptombeginn beschrieben.[17–19] RT-PCR = Reverse-Transkriptase-Polymerase-Kettenreaktion.

Abwägung der Dauer von Quarantäne und Isolierung

Quarantänedauer

Die aktuelle Empfehlung des RKI sieht vor, dass sich Personen, die engen Kontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person hatten, für 14 Tage in Quarantäne begeben. Gerechnet wird ab dem letzten Tag, an dem Kontakt zu einer ansteckenden Person bestand.

Hintergrund ist, dass ein relevanter Anteil der Ansteckungen schon vor dem Auftreten von Krankheitssymptomen stattfindet. Die Quarantäne dient somit in erster Linie der Verhinderung einer unbemerkten Übertragung von SARS-CoV-2 durch infizierte Kontaktpersonen in der präsymptomatischen Phase. Wenn es zu einer Erkrankung einer sogenannten „ansteckungsverdächtigen“ Person kommt, wird durch die Einhaltung der Quarantäne der Kreis möglicherweise exponierter Kontaktpersonen auf ein Minimum reduziert, wodurch eine effiziente Unterbrechung der Infektionskette möglich wird (siehe Abb. 3).

Die Dauer der Quarantäne richtet sich dabei nach der Inkubationszeit: Bei einem Großteil der Infizierten beträgt die Inkubationszeit, also die Zeit bis zum Auftreten erster Krankheitssymptome, weniger als 14 Tage (95. Perzentil: 10–14 Tage).

Eine Übertragung durch infizierte Personen, die nie Symptome entwickeln und dennoch Viren ausscheiden, spielt nach derzeitigem Kenntnisstand eine untergeordnete Rolle.

Die aktuelle Empfehlung einer 14-tägigen Quarantäne steht im Einklang mit den gültigen Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), des US Centers for Disease Control and Prevention (US CDC) und der Mehrzahl europäischer und asiatischer Länder.

Verkürzung der Quarantänedauer

Eine zeitliche Verkürzung der Quarantänedauer geht grundsätzlich mit einem größeren Risiko der Ansteckung weiterer Personen einher.

Bei Verkürzung der Quarantäne erhöht sich der Anteil von Personen, die erst nach Abschluss der Quarantäne erkranken oder beginnen, Virus auszuscheiden, und somit zur Ansteckungsquelle für andere Personen werden können.

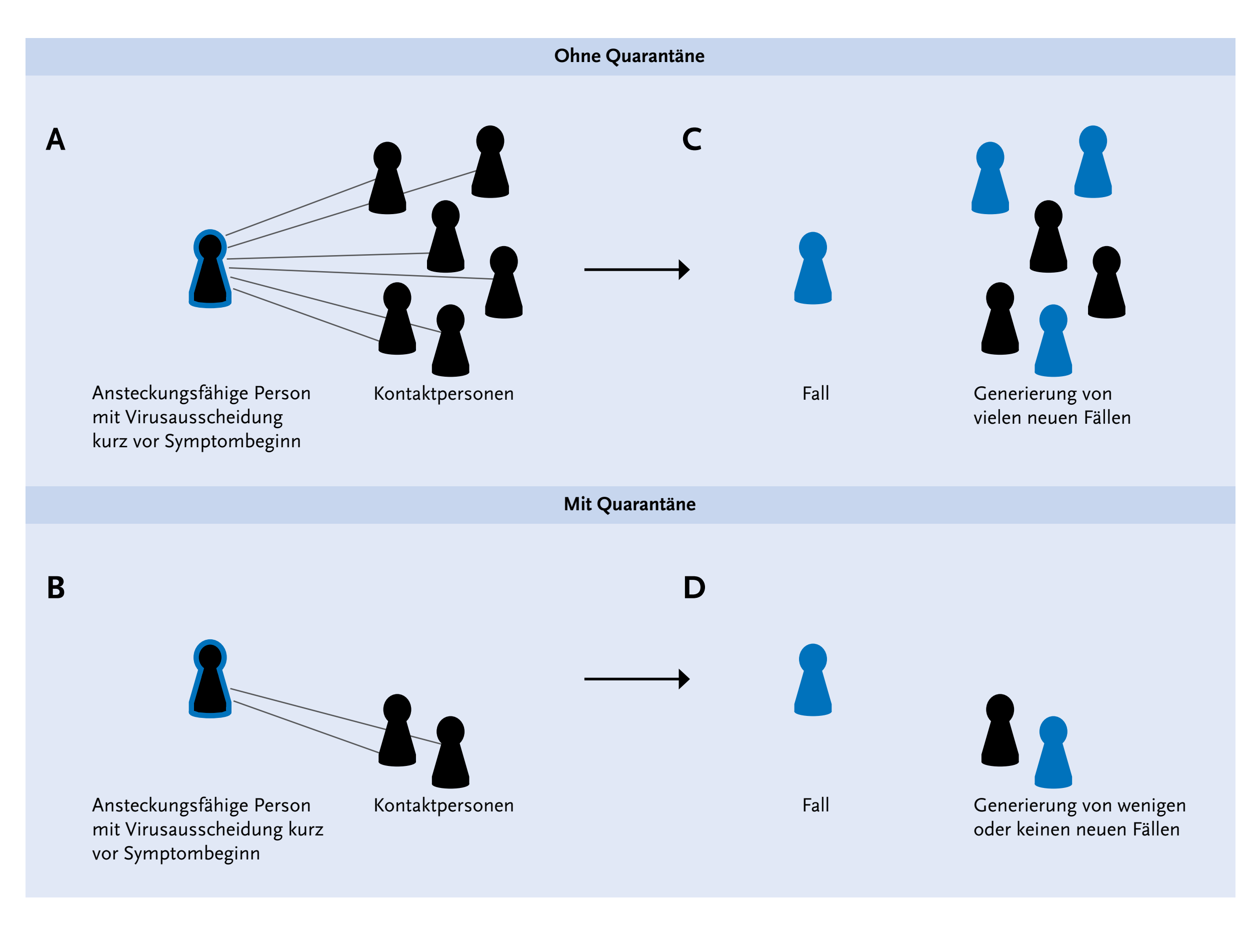


Abb. 3 | Veranschaulichung des Grundprinzips der Quarantäne: Die Reduktion der Anzahl an Kontaktpersonen insbesondere in der präsymptomatischen Phase mit Virusausscheidung vor Symptombeginn (Vergleich *A ohne Quarantäne* und *B mit Quarantäne*) führt zu einer Reduktion der Infektionsübertragungen (Vergleich *C ohne Quarantäne* und *D mit Quarantäne*).

Rechenbasierte RKI-interne Modellierungen, welche kontinuierlich auf Basis der dynamischen Datenlage weiterentwickelt werden, deuten auf Folgendes hin: Eine PCR-Untersuchung vor Quarantäneende könnte durch Erkennung prä- bzw. asymptomatischer Virusausscheidung die derzeitige Quarantänedauer von 14 Tagen verkürzen. Eine wesentliche Voraussetzung hierfür wären eine ausreichende Untersuchungskapazität und die zeitnahe Verfügbarkeit des Untersuchungsergebnisses.

Unter den für die Modellierungen gemachten Annahmen ist der Anteil der Fälle, der nach Quarantäneabschluss ansteckungsfähig ist und somit zu möglichen Neuansteckungen führen könnte, nach 10 Tagen mit abschließender PCR-Untersuchung in etwa äquivalent zu dem Anteil nach 14 Tagen ohne Untersuchung. Das heißt, dass es unter den Personen mit negativem PCR-Untersuchungsergebnis nach 10 Tagen ebenso viele ansteckende Personen gibt wie nach 14 Tagen ohne PCR-Untersuchung.

Würde **keine** abschließende PCR-Untersuchung nach 10-tägiger Quarantäne erfolgen, so wäre das Risiko des Auftretens von Fällen nach Quarantäneabschluss in etwa dreimal höher als bei 14-tägiger Quarantäne ohne Untersuchung. Bei einer Verkürzung auf 5 Tage **mit** abschließender PCR-Untersuchung ist das Risiko im Mittel mindestens dreimal höher als bei 14-tägiger Quarantäne ohne PCR-Untersuchung.

Rechnerisch kommen bei einer kombinierten Strategie aus Quarantäne und PCR-Untersuchung folgende beide Mechanismen erst ab Tag 10 hinreichend zum Tragen:

a) **Infektionsverlauf:** Je weiter die Quarantänedauer – und damit der mögliche Infektionsverlauf – zeitlich voranschreitet, desto höher wird die Wahrscheinlichkeit, dass die infizierten Personen bis dahin Symptome entwickeln und einer Isolierung zugeführt werden.

b) **Sensitivität der Laboruntersuchung:** Je weiter die Quarantänedauer zeitlich voranschreitet, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit eines Virusnachweises bei Infizierten und entsprechend aussagekräftiger ist ein negatives Untersuchungsergebnis (siehe Abb. 2, RT-PCR). Somit können infizierte, aber (noch) symptomfreie Personen mit positivem Untersuchungsergebnis einer Isolierung zugeführt werden, bis sie nicht mehr ansteckungsfähig sind, während Personen mit negativem Untersuchungsergebnis ggf. vor Ablauf der 14 Tage aus der Quarantäne entlassen werden könnten.

Zu beachten ist dabei, dass jede Verkürzung der Quarantänedauer mit einer Zunahme der Unsicherheiten in der Daten- und Rechengrundlage einhergeht. Diese beruhen auf Unterschieden im Infektionsverlauf zwischen Personen: Bei einer kürzeren Quarantänedauer, beispielsweise von nur 5 Tagen, ist die Unsicherheit darüber, bei wie vielen Personen durchschnittlich bereits Symptome erwartet werden, maximal (siehe Punkt a). Bei kombinierten Quarantäne- und Teststrategien kommt zudem noch die Testsensitivität hinzu. Zum Beispiel ist die Nachweisbarkeit des Virus bei stark verkürzter Quarantäne schlecht (siehe Punkt b). Beide Unsicherheiten steigen also mit zunehmender Verkürzung der Quarantänedauer und potenzieren sich gegenseitig.

Isolierungsdauer

Die aktuelle Empfehlung des RKI zur Isolierungsdauer sieht ein differenziertes Vorgehen je nach Krankheitsschwere vor. Bei **leichten** (bzw. asymptomatischen) **Verläufen** werden mindestens 10 Tage ab Symptombeginn (bzw. Erreger-Erstnachweis) bei mindestens 48 Stunden Symptomfreiheit empfohlen. Bei **schweren Verläufen** und geriatrischen Fällen in Altenpflegeeinrichtungen wird zusätzlich zu den genannten zeitlichen Kriterien eine PCR-Untersuchung inkl. möglicher Ct-Wertbestimmung gefordert (s. Text-Box); immungeschwächte Personen erfordern eine Einzelfallbeurteilung.

Die Ursache für diese vergleichsweise komplexe Regelung zur Isolierungsdauer liegt in der Abhängigkeit der Dauer der Ansteckungsfähigkeit von unterschiedlichen Faktoren wie Krankheitsschwere, biologischem Alter und Immunstatus, die sich alle – ebenso wie die Ansteckungsfähigkeit selbst – schwer berechnen lassen.

Grundsätzlich hängt die Ansteckungsfähigkeit von der Menge replikationsfähiger Viruspartikel in übertragungsrelevanten Ausscheidungen ab.

Aussagekraft unterschiedlicher Virusnachweisverfahren

Als Goldstandard der Virusdiagnostik kann die PCR-Untersuchung mit hoher Präzision und niedrigen Nachweisgrenzen für genomische SARS-CoV-2-RNA in klinischen Proben gelten. Der Nachweis des SARS-CoV-2-Genoms stellt allerdings keinen unmittelbaren Beleg der Ansteckungsfähigkeit eines Patienten dar, da nicht jedes Genom repräsentativ für ein infektiöses Viruspartikel ist. *In-vitro*-Daten weisen auf ein Verhältnis von 10:1 bis 100:1 zwischen genomischer RNA und infektiösen Viruspartikeln hin.

In klinischen Proben können infektiöse Viruspartikel durch Virusvermehrung in der Zellkultur nachgewiesen werden. Der Erfolg einer Anzucht ist abhängig von der Virusmenge. Die Anzüchtbarkeit des Virus aus Probenmaterial der Atemwege gilt als gegenwärtig beste Näherung für die Einschätzung einer Ansteckungsfähigkeit. Der Nachweis von Viruswachstum in Zellkultur ist methodisch jedoch aufwendig, dauert mehrere Tage und erfordert für SARS-CoV-2 in Deutschland ein Labor der biologischen Sicherheitsstufe 3.

Es konnte beobachtet werden, dass bei Patienten ohne bekannte Immunsuppression noch Wochen nach Symptombeginn geringe Mengen Virusgenom in Proben aus den Atemwegen nachweisbar sind. Bisherige Studien deuten darauf hin, dass diese in der Regel geringen Genomlasten (unter Berücksichtigung von analytischen und präanalytischen Details Ct-Werte >30 entsprechend 250 Genomkopien/ml RNA-Eluat, siehe separate Text-Box) nicht mit einer Anzüchtbarkeit von SARS-CoV-2 in Zellkultur korrelieren.

Darüber hinaus gibt es Überlegungen, bei Verfügbarkeit geeigneter Tests, Antigen-Nachweisverfahren zu verwenden, um die Ansteckungsfähigkeit auf

einfachem Wege abzuschätzen. Antigen-Nachweisverfahren weisen Virus-Proteine durch eine Antigen-Antikörperreaktion nach, wobei ein eingesetzter Antikörper eine Farb- oder Fluoreszenzreaktion auslöst. Dieses Verfahren umfasst in der Regel keinen Vervielfältigungsschritt, wodurch es deutlich weniger empfindlich ist und für positive Reaktionen höhere Viruskonzentrationen erforderlich sind. Eine Quantifizierung ist bei vielen dieser Tests nicht möglich (Ja-/Nein-Reaktion). Zielt die Untersuchung auf den Nachweis höherer Virusmengen ab, ist dies jedoch auch nicht unbedingt nötig. Bei bestätigter Korrelation zwischen einem negativen Ergebnis im Antigen-Nachweis und fehlender Ansteckungsfähigkeit bzw. Anzüchtbarkeit des Virus könnte sich dieses Verfahren daher für bestimmte Einsatzgebiete zu einer einfachen, schnell durchführbaren Untersuchung entwickeln. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die sachgerechte Bewertung der Ergebnisse Kenntnisse über die Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens erfordert.

Interpretation von Ct-Werten

Die real-time PCR ist dazu geeignet, semi-quantitative Aussagen zu treffen. Je mehr SARS-CoV-2 RNA in einer Probe enthalten ist, desto weniger PCR-Zyklen müssen erfolgen, damit das während der PCR erzeugte Fluoreszenzsignal die Schwelle der Detektierbarkeit überschreitet. Den Zyklus, bei dem das Fluoreszenzsignal detektiert wird, nennt man Ct-Wert *(Cycle threshold)* oder Cq-Wert *(Cycle quantification)*. Obwohl bei verschiedenen real-time PCR-Untersuchungsverfahren eine definierte Menge SARS-CoV-2-Genom sehr gut vergleichbare Ct-Werte ergeben sollte, können Schwankungen durch unterschiedliche Protokolle der Probenaufarbeitung und durch die Verwendung unterschiedlicher Reagenzien und PCR-Zykler entstehen. Auch die Qualität des Untersuchungsmaterials ist zu berücksichtigen.

Eine besondere Rolle spielt die sachgerechte Bewertung der Ct-Werte. Es ist zu beachten, dass verschiedene Faktoren auf die Quantifizierung mittels real-time PCR Einfluss nehmen. Dazu zählen bei der SARS-CoV-2-Diagnostik die Qualität der Probennahme (Ist ausreichend Material an den Tupfer gelangt, um einen Virusnachweis zu ermöglichen?), die Anwesenheit von PCR-Inhibitoren (Werden die Ct-Werte fälschlicherweise zu höheren Werten verschoben?) und die Bezugsgröße (Auf welche Menge klinischer Probe wird der Ct-Wert bezogen?). Die beiden ersten Fragen können durch die Verwendung geeigneter Kontrollen beantwortet werden. Als Bezugsgröße quantitativer Angaben wird häufig das Volumen an Flüssigkeit angegeben, in dem der Tupfer vor der RNA-Extraktion ausgeschüttelt wird. Die Beteiligung an Ringversuchen ermöglicht die Kontrolle der in einem Labor erzielten Ergebnisse und den Bezug auf Standards.

Bei niedrigen Genomlasten (d. h. hohen Ct-Werten) ist es ohne weitere Kenntnisse zu den Umständen der Probennahme nicht möglich eine Aussage darüber zu treffen, ob sich der Patient in der frühen Phase des Infektionsgeschehens befindet und an den folgenden Tagen höhere Virusmengen produzieren könnte. Für die Beurteilung müssen folglich weitere Kriterien, wie z. B. eine bekannte Exposition bzw. die klinische Symptomatik, herangezogen und ggf. wiederholte Verlaufsproben untersucht werden. Da bei niedrigen Genomlasten die Varianz bei der real-time PCR zunehmen kann, sind exakte quantitative Aussagen schwierig zu treffen.

Soll die quantitative PCR dazu verwendet werden, eine mögliche Ansteckungsfähigkeit eines SARS-CoV-2-infizierten Patienten abzuschätzen, erfordert es ferner die Korrelation der nachgewiesenen Genomanzahl mit der Anzahl replikationskompetenter Viruspartikel, bzw. der Wahrscheinlichkeit, mit der aus derselben Probe SARS-CoV-2 in der Zellkultur anzüchtbar ist. Dies kann durch systematische Vergleiche der Genomlasten und der Anzüchtbarkeit der Viren aus derselben klinischen Probe in Zellkultur abgeschätzt werden. Die in der Literatur kursierenden Daten deuten auf eine minimal erforderliche Genomlast von 10^6 bis 10^7 Genome/ml Probe hin, damit die Virusanzucht gelingen kann.

Verkürzung der Isolierungsdauer

Nach RKI-internen Modellierungen und im Einklang mit veröffentlichten Daten,[14] ist bei leichten Verläufen die größte Abnahme der Ansteckungsfähigkeit zwischen Tag 5 und 10 nach Symptombeginn zu beobachten. Eine Verkürzung der Isolierungsdauer auf weniger als 10 Tage würde daher im Umkehrschluss mit einer entsprechend großen Risikozunahme einhergehen. Nach Tag 10 besteht dagegen nur in vereinzelten Fällen eine länger anhaltende Ausscheidung infektiöser Viruspartikel.

Bei schweren Verläufen und älteren Personen können infektiöse Viruspartikel durchaus länger ausgeschieden werden. Deshalb ist hier teils eine längere Isolierungsdauer nötig und es empfiehlt sich eine PCR-Untersuchung als zusätzliches diagnostisches Kriterium vor Beendigung der Isolierung.

Die Hinzunahme von virologischen Parametern (z. B. PCR-Untersuchungen inkl. Ct-Wertbestimmung zur quantitativen Bewertung der Viruslast oder alternativ Antigen-Nachweise bei hinreichender Sensitivität, siehe oben) für die Verkürzung der Isolierungsdauer auf vereinzelt weniger als 10 Tage, wird als Option derzeit diskutiert, muss aber die genannten Grundlagen der Bewertung berücksichtigen.

Fazit

Die positiven Effekte einer Verkürzung der Quarantäne- oder Isolierungsdauer von derzeit 14 bzw. 10 Tagen gehen mit einem erhöhten Risiko auf individueller und Bevölkerungsebene einher.

Unter der Zielstellung keiner Erhöhung des Restrisikos, ist eine Verkürzung der Quarantänedauer mit abschließender PCR-Untersuchung möglich, das Potenzial der Verkürzung allerdings auf wenige Tage begrenzt. Eine Quarantänedauer von unter 10 Tagen geht trotz abschließender PCR-Testung mit einem höheren Restrisiko einher. Die Ergänzung einer labordiagnostischen Verlaufsuntersuchung zum möglichen Ausgleich dieser Risikoerhöhung erzeugt darüber hinaus zusätzliche Kosten, benötigt Zeit und ist logistisch aufwendig.

Die Abwägung dieser Faktoren gegenüber den anderen berechtigten sozialen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Aspekten einer Verkürzung von Quarantäne- und Isolierungsdauer ist Gegenstand politischer Entscheidungsprozesse.

Literatur

1 He, X., et al., Author Correction: Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. Nat Med, 2020. 26(9): p. 1491–1493.

2 He, X., et al., Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. Nat Med, 2020. 26(5): p. 672–675.

3 Munster, V. J., et al., Respiratory disease in rhesus macaques inoculated with SARS-CoV-2. Nature, 2020. 585(7824): p. 268–272.

4 Wolfel, R., et al., Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. Nature, 2020. 581(7809): p. 465–469.

5 Backer, J. A., D. Klinkenberg, and J. Wallinga, Incubation period of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infections among travellers from Wuhan, China, 20–28 January 2020. Euro Surveill, 2020. 25(5).

6 Lauer, S. A., et al., The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. Ann Intern Med, 2020. 172(9): p. 577–582.

7 Li, Q., et al., Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. N Engl J Med, 2020. 382(13): p. 1199–1207.

8 McAloon, C., et al., Incubation period of COVID-19: a rapid systematic review and meta-analysis of observational research. BMJ Open, 2020. 10(8): p. e039652.

9 Qin, J., et al., Estimation of incubation period distribution of COVID-19 using disease onset forward time: A novel cross-sectional and forward follow-up study. Sci Adv, 2020. 6(33): p. eabc1202.

10 Wei, X., et al., Transmission of corona virus disease 2019 during the incubation period may lead to a quarantine loophole. medRxiv, 2020.

11 Yang, L., et al., Estimation of incubation period and serial interval of COVID-19: analysis of 178 cases and 131 transmission chains in Hubei province, China. Epidemiol Infect, 2020. 148: p. e117.

12 Linton, N.M., et al., Incubation Period and Other Epidemiological Characteristics of 2019 Novel Coronavirus Infections with Right Truncation: A Statistical Analysis of Publicly Available Case Data. J Clin Med, 2020. 9(2).

13 Arons, M.M., et al., Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. N Engl J Med, 2020. 382(22): p. 2081–2090.

14 Singanayagam, A., et al., Duration of infectiousness and correlation with RT-PCR cycle threshold values in cases of COVID-19, England, January to May 2020. Euro Surveill, 2020. 25(32).

15 Bullard, J., et al., Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples. Clin Infect Dis, 2020.

16 Covid-Investigation Team, Clinical and virologic characteristics of the first 12 patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the United States. Nat Med, 2020. 26(6): p. 861–868.

17 van Kampen, J.J.A., et al., Shedding of infectious virus in hospitalized patients with coronavirus disease-2019 (COVID-19): duration and key determinants. medRxiv, 2020.

18 National Centre for Infectious Diseases and Chapter of Infectious Disease Physicians / Academy of Medicine in Singapore, Position Statement: Period of Infectivity to Inform Strategies for De-isolation for COVID-19 Patients. 2020.

19 Liu, W.D., et al., Prolonged virus shedding even after seroconversion in a patient with COVID-19. J Infect, 2020. 81(2): p. 318–356.

20 Zheng, S., et al., Viral load dynamics and disease severity in patients infected with SARS-CoV-2 in Zhejiang province, China, January-March 2020: retrospective cohort study. BMJ, 2020. 369: p. m1443.

Autorinnen und Autoren

[a] Dr. Max von Kleist | [b] Dr. Bettina Ruehe | [c] Dr. Djin-Ye Oh | [b] Prof. Dr. Andreas Nitsche | [d] Prof. Dr. Walter Haas | [d] Dr. Anna Stoliaroff-Pépin | [d] Dr. Tim Eckmanns | [d] Dr. Muna Abu Sin | [a] Wiep van der Toorn | [e] Dr. Mirjam Jenny | [c] Prof. Dr. Martin Mielke | [b] Dr. Christian Herzog | Prof. Dr. Lothar H. Wieler

Robert Koch-Institut:

[a] Methodenentwicklung und Forschungsinfrastruktur

[b] Zentrum für Biologische Gefahren und spezielle Pathogene

[c] Abteilung für Infektionskrankheiten

[d] Abteilung für Infektionsepidemiologie

[e] Projektgruppe

Ansprechpartner: KleistM@rki.de

Empfohlene Zitierweise

Kleist M, Ruehe B, Oh DY, Nitsche A, Haas W, Stoliaroff-Pépin A, Eckmanns T, Abu Sin M, van der Toorn W, Jenny M, Mielke M, Herzog C, Wieler LH: Abwägung der Dauer von Quarantäne und Isolierung bei COVID-19

Epid Bull 2020;39:3–11 | DOI 10.25646/7140

(Dieser Artikel ist online vorab am 23.9.2020 erschienen.)

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Bedeutung und Häufigkeit von Toleranzen gegenüber biozíden Wirkstoffen in Antiseptika und Desinfektionsmitteln

Zusammenfassung

Infektionserreger, die nosokomiale Infektionen verursachen, können auch gegenüber ausgewählten bioziden Wirkstoffen in Antiseptika und Desinfektionsmitteln unempfindlicher werden. In dieser Literaturstudie wird am Beispiel von Chlorhexidindigluconat (CHG) gezeigt, dass bei 20 von bisher 78 untersuchten Bakterienspezies (25,6%) eine starke Erhöhung der Toleranz ausgelöst werden kann (MHK-Anstieg: >4-fach). Sie war am stärksten bei *Escherichia coli* (MHK-Anstieg: bis zu 500-fach erhöht) oder *Serratia marcescens* (MHK-Anstieg: bis zu 128-fach erhöht). Gegenüber Ethanol, n-Propanol, Isopropanol, Povidon-Iod (PVP-Iod), Natriumhypochlorit, Peressigsäure, Wasserstoffperoxid und Glutaraldehyd wurde bislang keine relevante und stabile Toleranzentwicklung beschrieben.

Um den Selektionsdruck zu reduzieren, sollten zur Hautantiseptik nur Produkte auf Basis von Alkohol mit Zusatz eines nachweislich wirksamen zusätzlichen Wirkstoffs verwendet werden, für den in der verwendeten Konzentration ein Patientennutzen in der Literatur beschrieben ist, z. B. CHG (niedrigere Raten an Wundinfektionen bzw. Sepsis). Zur Wundantiseptik weisen Wasserstoffperoxid, Natriumhypochlorit sowie PVP-Iod das niedrigste Potenzial zur Toleranzbildung auf. Bei alkoholischen Händedesinfektionsmitteln sollte auf den Zusatz weiterer biozider Wirkstoffe bewusst verzichtet werden. Im Hinblick auf eine mögliche Toleranzbildung sind Präparate zur Flächendesinfektion auf Basis von Peroxiden bzw. Natriumhypochlorit (große Flächen) oder Alkoholen (kleine Flächen) vorteilhaft.

Hintergrund

Der Nutzen der indikationsgerechten Antiseptik und Desinfektion zur Prävention nosokomialer Infektionen ist unbestritten. In der Regel umfasst dieser Nutzen auch die Prävention der Übertragung multiresistenter Erreger (MRE).[1] Die gezielte Hände- bzw. Flächendesinfektion sowie Hautantiseptik wird deshalb von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) sowie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die ambulante und stationäre Patientenversorgung ausdrücklich empfohlen.[2–5] Zur Antiseptik der Haut, Wunden oder Schleimhäute sowie zur Desinfektion der Hände, Flächen bzw. Instrumente werden in der Regel Produkte eingesetzt, die einen oder mehrere biozide Wirkstoffe sowie Hilfsstoffe enthalten, um die gewünschte antimikrobielle Wirkung unter Anwendungsbedingungen zu erzielen.

Bei Produkten auf Basis mehrerer Wirkstoffe wird in den letzten Jahren zunehmend darauf geachtet, ob für einen bestimmten Wirkstoff wie beispielsweise Chlorhexidindigluconat (CHG) ein Patientennutzen tatsächlich wissenschaftlich belegt ist (z. B. Reduktion der Katheter-assoziierten Sepsis nach Hautantiseptik oder Reduktion postoperativer Wundinfektionen nach chirurgischer Händedesinfektion) bzw. welche Risiken mit seiner Anwendung verknüpft sein können. Beispielhaft sei hier die 2016 in den USA getroffene Entscheidung der Food and Drug Administration (FDA) zum Verbot von Triclosan und 18 weiteren bioziden Wirkstoffen für antimikrobielle Waschlotionen im häuslichen Umfeld genannt, die international große Beachtung fand.[6] Einerseits konnten die Hersteller keinen Beleg für die Wirksamkeit von Triclosan und den anderen Wirkstoffen im Sinne eines Gesundheitsnutzens vorweisen, der im Vergleich zu einfachen Waschlotionen ohne antimikrobielle Zusätze zu einer Reduktion von Infektionen führt. Andererseits war bei Triclosan bekannt, dass die Substanz Antibiotikaresistenzen auslösen und hormonähnliche Effekte haben kann. Deshalb wurde für die Substanzen in antimikrobiellen Waschlotionen eine insgesamt negative Nutzen-Risiko-Bewertung ermittelt.[7]

Bakterien können gegenüber bioziden Wirkstoffen in Antiseptika oder Desinfektionsmitteln toleranter werden (z. B. CHG), aber parallel dazu auch gegenüber anderen bioziden Wirkstoffen sowie Antibiotika (Kreuztoleranz bzw. -resistenz).[8] Dabei wird unter „Toleranz" eine allgemeine Abnahme der Empfind-

lichkeit gegenüber einem bioziden Wirkstoff verstanden.[9] Von einer epidemiologischen Resistenz wird gesprochen, wenn bei eingipfeliger Häufigkeitsverteilung der minimalen Hemmkonzentrationen (MHK) ein Isolat gegenüber dem bioziden Wirkstoff weniger empfindlich ist als 99,9 % der Isolate der gleichen Spezies.[10] Bei einer zweigipfeligen Häufigkeitsverteilung gelten diejenigen Isolate als resistent, die oberhalb der MHK zwischen beiden Gipfeln liegen.[10] Von einer klinisch relevanten „Resistenz" spricht man, wenn die für diese Spezies erwartete Wirkung (z. B. Reduktion um mindestens 5 $\log_{10}$-Stufen) gegenüber dem Isolat nicht mehr erreicht wird, so dass in der Folge die zu Recht erwartete Desinfektionswirkung ggf. nicht vollumfänglich eintritt.[11]

Ein Beispiel für bakterielle Toleranzbildung sei hier genannt. Vor 5 Jahren wurden in Deutschland zahlreiche Tuchspendersysteme für Flächendesinfektionsmittel identifiziert, in denen eine bakterielle Kontamination der Anwendungslösung (meist 0,5 %, Einwirkzeit 1 h) nachgewiesen wurde. Von insgesamt 66 untersuchten Tuchspendern mit Produkten auf Basis oberflächenaktiver biozider Wirkstoffe (z. B. Benzalkoniumchlorid bzw. Glucoprotamin) waren 28 (42,4 %) mit *Achromobacter* spp. oder *Serratia marcescens* kontaminiert, meist hochgradig mit 10^7 Bakterien pro ml. Anwendungslösungen auf Basis von Alkoholen bzw. Aldehyden wiesen keine bakterielle Kontamination auf. Die Isolate hatten sich so gut an manche biozide Wirkstoffe angepasst, dass sie kaum noch durch das Desinfektionsmittel abgetötet wurden bzw. dass sie sogar in der Lage waren, sich in der Anwendungslösung bei Raumtemperatur zu vermehren.[12] Es wurde sogar vermutet, dass in der Neurochirurgie eine Infektion bei einem Patienten durch die kontaminierte Flächendesinfektionslösung ausgelöst wurde, da das Tuchspender- und das Patientenisolat aus dem Liquor die gleiche klonale Zugehörigkeit aufwiesen.[13]

An diesem Beispiel zeigt sich, dass die Anpassungsfähigkeit der Bakterien offenbar von der Art des bioziden Wirkstoffs abhängt. Deshalb stellt sich die Frage, welche bioziden Wirkstoffe aus Desinfektionsmitteln und Antiseptika vermehrt Toleranzen einschließlich Antibiotikaresistenzen bei Bakterien auslösen können und für welche Anwendungen dieser bioziden Wirkstoffe zur Antiseptik bzw. Desinfektion tatsächlich ein Nutzen für den Patienten belegt ist. In der Folge wird bewertet, wie der Selektionsdruck durch eine achtsamere Auswahl von Antiseptika bzw. Desinfektionsmitteln reduziert werden kann, ohne deren Wirksamkeit zu beeinträchtigen.

Methode

Die Arbeit basiert auf einer selektiven Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed und Science-Direct mit den Suchbegriffen „ethanol", „n-propanol", „iso-propanol", „benzalkoniumchloride", „DDAC", „hydrogen peroxide", „peracetic acid", „polihexanid", „glutaraldehyde", „octenidin", „triclosan", „sodium hypochlorite", „silver", „resistance", tolerance", „adaptive response", „efflux pump" und „horizontal gene transfer" für relevante Originalarbeiten im Zeitraum zwischen 1990 und 2018. Darüber hinaus wurden einzelne ältere Veröffentlichungen, Lehrbücher sowie Übersichtsarbeiten berücksichtigt.

Ergebnisse

Insgesamt wurde die Literatur für 15 biozide Wirkstoffe ausgewertet: n-Propanol, Isopropanol, Ethanol, Povidon-Iod (PVP-Iod), Natriumhypochlorit, Peressigsäure, Wasserstoffperoxid, Glutaraldehyd, Benzalkoniumchlorid, CHG, Silber, Octenidindihydrochlorid, Triclosan, Polihexanid und Didecyldimethylammoniumchlorid (DDAC). Beispielhaft werden hier die Ergebnisse für CHG dargestellt, da dieser Wirkstoff für verschiedene Produktarten verwendet wird (z. B. Hautantiseptika, Händedesinfektionsmittel bzw. antiseptische Mundspüllösungen). Schließlich wird ein Überblick über die Ergebnisse der 15 bioziden Wirkstoffe gegeben.

Beispiel Chlorhexidindigluconat

CHG wird seit 1954 als antimikrobiell wirksame Substanz eingesetzt.[14] In der Patientenversorgung findet der Wirkstoff Anwendung in antimikrobiellen Waschlotionen (z. B. 4 % CHG zur Dekolonisation der Haut bei MRE oder zur hygienischen Händewaschung), in Hautantiseptika (z. B. 0,5 % oder 2 % CHG in Kombination mit Alkohol), in Händedesinfektionsmitteln (z. B. 0,5 %–1 % in Kombination mit Alkohol) oder auch in Schleimhaut- bzw. Wund-

antiseptika (z. B. 0,05 % – 0,2 % CHG).[15] Für einige klinisch relevante Spezies wurden bereits MHKs zur Feststellung einer epidemiologischen CHG-Resistenz vorgeschlagen (s. Tab. 1).

Spezies	MHK zur Feststellung einer epidemiologischen CHG-Resistenz
Staphylococcus aureus	8 mg/l
Candida albicans, Enterobacter spp.	16 mg/l
Enterococcus faecium	32 mg/l
Enterococcus faecalis, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae	64 mg/l

Tab. 1 | Vorgeschlagene minimale Hemmkonzentrationen (MHK) zur Bestimmung einer epidemiologischen Resistenz gegenüber Chlorhexidingluconat (CHG).[10]

Die Mehrzahl der klinischen Isolate ist auf Basis dieser Cut-Off-Werte als CHG-empfindlich einzustufen,[16] doch wurden in der Literatur Isolate oder Stämme auch mit deutlich erhöhter Toleranz beschrieben: für *Staphylococcus aureus* mit einer MHK bis zu 2.500 mg/l[17], für *Candida albicans* bis zu 4.140 mg/l[18], für *Enterobacter* spp. bis zu 1.000 mg/l[19], für *Enterococcus faecium* bis zu 10.000 mg/l[20], für *Enterococcus faecalis* bis zu 2.500 mg/l[21], für *Escherichia coli* bis zu 312 mg/l[17] und für *Klebsiella pneumoniae* mit einer MHK bis zu 10.000 mg/l[22].

Mikrobielle Anpassungsfähigkeit an Chlorhexidindigluconat

Bis 2018 lagen für insgesamt 78 Bakterienspezies Daten in der Literatur vor, aus denen abgeleitet werden kann, ob bzw. wie die Exposition gegenüber CHG-Konzentrationen unterhalb der MHK eine phänotypische zelluläre Veränderung der CHG-Toleranz auslösen kann. Bei Isolaten bzw. Stämmen von 33 Spezies wurde keine Veränderung der Empfindlichkeit festgestellt (42,3 %), bei 25 Spezies kam es zu einer geringen Erhöhung der CHG-Toleranz (MHK-Anstieg: maximal 4-fach; 32,1 %), und bei 20 Spezies zu einer starken Erhöhung der CHG-Toleranz (MHK-Anstieg: > 4-fach; 25,6 %). Von diesen wiesen 8 Spezies eine stabile Veränderung auf, d. h. dass die Toleranz nach Beendigung des Selektionsdrucks durch CHG erhalten blieb. Die stärkste Toleranzbildung wurde bei klinisch relevanten Isolaten wie *E. coli* (bis zu 500-fach toleranter; MHK von 500 mg/l), *S. marcescens* (bis zu 128-fach toleranter; MHK von 2.048 mg/l), *Pseudomonas aeruginosa* (bis zu 32-fach toleranter; MHK von 1.024 mg/l) und *K. pneumoniae* gefunden (bis zu 16-fach toleranter; MHK von 512 mg/l). Insbesondere Gram-negative Spezies können ihre Empfindlichkeit gegenüber CHG stark anpassen. Kreuztoleranzen wurden nach Exposition gegenüber CHG auch gegenüber anderen Wirkstoffen aus Desinfektionsmitteln beschrieben: eine 6-fach – 100-fach erhöhte Toleranz gegenüber Triclosan bei insgesamt 12 Bakterienspezies und eine 4-fach – 100-fach erhöhte Toleranz gegenüber Benzalkoniumchlorid (u. a. bei *Enterobacter cloacae* und *Klebsiella oxytoca*).[23]

Mechanismen der Wirkstofftoleranz

Die erhöhte Toleranz gegenüber CHG wird teilweise durch Resistenzgene wie das *qacA/B* erklärt.[24] Es findet sich vor allem in Isolaten von Methicillin-resistenten *S. aureus* (MRSA), seltener in Isolaten von Methicillin-sensiblen *S. aureus* (MSSA).[15] Diese Resistenzgene finden sich teilweise auf Plasmiden, so dass ihre Weitergabe an andere Bakterienspezies vergleichsweise einfach ist.[25] Verschiedene Effluxpumpen wurden im Kontext mit einer Toleranz gegenüber CHG in Spezies wie *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, *S. marcescens* bzw. *Acinetobacter baumannii* beschrieben.[9]

Antibiotikaresistenzen

In Laborversuchen können durch CHG vereinzelt neue Antibiotikaresistenzen entstehen, z. B. bei *E. cloacae* (Cefotaxime, Ceftazidime, Imipenem, Sulphamethoxazol, Tetracyclin), *K. pneumoniae* (Colistin), *E. faecalis* (Ceftazidime, Imipenem) sowie *E. faecium* (Imipenem, Tetracyclin, Ampicillin, Cefotaxime, Ceftazidime).[23,26] Diese Antibiotikaresistenz wird unter anderem mit Resistenzgenen wie *qacA/B* bzw. *smr* oder Multiresistenz-Plasmiden erklärt.[27,28]

Ein weiterer Effekt von CHG unterhalb der MHK ist die mehr als 10-fach erhöhte Vancomycin-Resistenz-Genexpression *(vanHAX)* bei einem vanA *E. faecium.*[29] Mit *E. coli* wurde unter Laborbedingungen nachgewiesen, dass der horizontale Gentransfer (Sulfonamidresistenz durch Konjugation) durch CHG signifikant erhöht werden kann.[30]

Überblick zur mikrobiellen Anpassungsfähigkeit an biozide Wirkstoffe

Die Anpassungsfähigkeit der verschiedenen Bakterienspezies gegenüber Wirkstoffkonzentrationen unterhalb der MHK wurde gegenüber 15 häufig eingesetzten bioziden Wirkstoffen unterschiedlich aussagekräftig in der gesichteten Literatur untersucht. **Gegenüber Ethanol, n-Propanol, Isopropanol, PVP-Iod, Natriumhypochlorit, Peressigsäure, Wasserstoffperoxid und Glutaraldehyd wurde bislang gegenüber keiner Bakterienspezies eine starke und stabile Toleranzentwicklung durch Exposition gegenüber dem jeweiligen Wirkstoff beschrieben.** Bei 7 weiteren Wirkstoffen jedoch konnte in unterschiedlicher Häufigkeit eine starke und stabile Toleranz gegenüber dem untersuchten bioziden Wirkstoff ausgelöst werden (s. Tab. 2). Dabei liegen die meisten Daten für Triclosan (90 Spezies), Benzalkoniumchlorid und CHG vor (jeweils 78 Spezies). Eine starke und stabile Erhöhung der Toleranz zeigte sich nach Exposition gegenüber dem Wirkstoff bei 17,9 % der Spezies mit Benzalkoniumchlorid, bei 14,4 % der Spezies mit Triclosan und bei 10,3 % der Spezies mit CHG. Besonders bedenklich ist dabei, dass hier Spezies mit hoher klinischer Relevanz zu finden sind (s. Tab. 2). Für diese Wirkstoffe ist deshalb besonders darauf zu achten, dass ein Patientennutzen (Reduktion von Infektionen) nachgewiesen werden kann, wenn sie zusätzlich zu einem Hauptwirkstoff wie Alkoholen in Antiseptika bzw. Desinfektionsmitteln eingesetzt werden. Gegenüber den meisten bioziden Wirkstoffen passen sich vorwiegend Gram-negative Spezies stark und stabil an, lediglich bei Polihexanid fanden sich vorwiegend Gram-positive Spezies wie *E. faecalis* und *S. aureus* mit einer starken und stabilen Toleranzbildung. Die Anpassungsfähigkeit gegenüber Silber hängt praktisch immer vom Vorhandensein der verschiedenen Silberresistenzgene in einer Bakterienzelle ab (*SilA, SilE, SilP* oder *SilS*), die sich besonders häufig bei *E. cloacae, K. oxytoca* sowie *K. pneumoniae* finden lassen.[31]

Diskussion

Die Antiseptik und Desinfektion sind wichtige Elemente, auch um die Übertragung Antibiotika-resistenter Bakterien in der Patientenversorgung zu verhindern. Deshalb ist die Wirksamkeit dieser Produkte durch die Auswahl geeigneter Wirk- und Hilfsstoffe sicherzustellen. Da für einige biozide Wirkstoffe, die in Antiseptika bzw. Desinfektionsmitteln

Wirkstoff	Anzahl untersuchter Spezies	Relativer Anteil der Isolate bzw. Stämme einer Spezies mit einer starken und stabilen Toleranzbildung	Beispiele von Spezies mit klinischer Relevanz
Triclosan	90	14,4 %	*A. baumannii* *E. coli* *K. pneumoniae* *S. aureus*
Benzalkoniumchlorid	78	17,9 %	*A. baumannii* *E. coli* *P. aeruginosa* *S. aureus*
Chlorhexidindigluconat	78	10,3 %	*E. coli* *K. pneumoniae* *P. aeruginosa* *S. marcescens* *S. aureus* *S. maltophilia*
Polihexanid	55	3,6 %	*E. faecalis* *S. aureus*
DDAC	49	2 %	*P. aeruginosa*
Silber	20	20 %	*E. cloacae* *E. coli* *K. pneumoniae* *K. oxytoca*
Octenidindihydrochlorid	3	33 %	*P. aeruginosa*

Tab. 2 | Relative Häufigkeit von Isolaten bzw. Stämmen von Bakterienspezies, die mit einer starken und stabilen Toleranzbildung gegenüber dem bioziden Wirkstoff reagieren.[9]

verwendet werden, eine Toleranzbildung gegenüber dem Wirkstoff bzw. sogar eine Resistenzbildung gegenüber Antibiotika beschrieben wurde, ist eine kritische Betrachtung von Wirkstoffkombinationen sinnvoll. Denn ein biozider Wirkstoff, der bei Bakterienspezies mit großer klinischer Relevanz starke und stabile Toleranzen auslösen kann, jedoch keinen wesentlichen Beitrag zur Wirksamkeit leistet bzw. keinen Nutzen für den Patienten aufweist, ist verzichtbar. Deshalb ist es wünschenswert, dass das Potenzial der Toleranzentwicklung durch einzelne Wirkstoffe bei der Zulassung von Antiseptika und Desinfektionsmitteln zukünftig stärker berücksichtigt wird. Für die Zulassung neuer Produkte zur Antiseptik bzw. Desinfektion auf Basis mehrerer biozider Wirkstoffe kann das bedeuten, für jeden der Wirkstoffe eine eigene Wirksamkeit innerhalb der Formulierung zu belegen *(vehicle control)*, d. h. die Wirksamkeit des Produkts wird vergleichend mit bzw. ohne diesen Wirkstoff untersucht. Auf diese Weise kann für jeden einzelnen Wirkstoff ein wesentlicher Beitrag zur Wirksamkeit in einer Formulierung nachgewiesen werden. Idealerweise sollte darüber hinaus ein Patientennutzen für einen zusätzlichen Wirkstoff zu erwarten sein (Literaturnachweis) bzw. in neuen Studien nachgewiesen sein.

Antiseptic stewardship in der klinischen Praxis

Analog zu *Antibiotic stewardship* kann beim *Antiseptic stewardship* durch eine bewusste Auswahl biozider Wirkstoffe zur Antiseptik bzw. Desinfektion der tägliche Selektionsdruck im patientennahen Umfeld ohne Einbußen bei der antimikrobiellen Wirksamkeit gesenkt werden.[8] Dazu einige Beispiele:

Hautantiseptika

Die folgenden bioziden Wirkstoffe können zusätzlich zum Alkohol in Hautantiseptika vorhanden sein: CHG, Octenidindihydrochlorid, PVP-Iod oder Benzalkoniumchlorid. Das Risiko der starken und stabilen Toleranzbildung ist besonders bei Benzalkoniumchlorid und CHG hoch. Für Octenidindihydrochlorid und PVP-Iod liegen bislang nur wenige Daten vor. Ein Patientennutzen wurde für 2 % CHG in 70 % Isopropanol zur Hautantiseptik vor Operationen belegt (signifikant weniger postoperative Wundinfektionen), weshalb diese Kombination von der WHO empfohlen wird.[32–35] Ein Nutzen ist auch für CHG in Alkohol zur Prävention Katheter-assoziierter Septikämien belegt.[36] Für Octenidindihydrochlorid (0,1 %) ist ein Patientennutzen zur Prävention Katheter-assoziierter Septikämien wahrscheinlich.[37,38] Zur Prävention postoperativer Wundinfektionen liegen für Octenidindihydrochlorid bislang keine Erkenntnisse vor. Ein alkoholisches Hautantiseptikum mit Benzalkoniumchlorid zeigt keine nennenswerte antimikrobielle Wirkung auf der Haut im Sinne einer remanenten Wirkung.[38] Ein Patientennutzen ist für das niedrig dosierte Benzalkoniumchlorid nicht nachgewiesen, die Nutzen-Risiko-Bewertung ist nach heutigem Erkenntnisstand für diesen bioziden Wirkstoff in einem alkoholischen Hautantiseptikum somit negativ.

Die Empfehlungen der KRINKO lassen Interpretationsspielraum bezüglich der Auswahl zusätzlicher Wirkstoffe in Hautantiseptika zu. So werden die zusätzlichen Wirkstoffe Octenidindihydrochlorid und CHG bei der Anlage eines peripheren Venenkatheters (PVK) optional empfohlen, bei der Pflege des PVK jedoch definitiv empfohlen, allerdings ohne Konzentrationsangaben.[5] Bei der Anlage eines zentralen Venenkatheters (ZVK) werden alkoholische Produkte mit 2 % CHG oder 0,1 % Octenidindihydrochlorid empfohlen, bei der ZVK-Pflege werden beide Substanzen empfohlen, jedoch ohne Konzentrationsangabe.[5] Für die Hautantiseptik vor Operationen findet sich keine klare Empfehlung für diese zusätzlichen Wirkstoffe, lediglich die Feststellung, dass ihr Zusatz eine Wirkung hat.[4] Eine pragmatische Lösung könnte die Anwendung eines alkoholischen Hautantiseptikums mit 2 % CHG vor Operationen sein, da hier ein Patientennutzen belegt ist und die Anwendung pro Patient nur selten wiederholt wird (geringerer kumulativer Selektionsdruck). Für die Anlage oder Pflege von Gefäßkathetern könnte alternativ die Anwendung eines alkoholischen Hautantiseptikums mit 0,1 % Octenidindihydrochlorid in Betracht gezogen werden, da hier ein Patientennutzen tendenziell belegt ist und die Anwendung pro Patient durchaus öfter durchgeführt wird (höherer kumulativer Selektionsdruck). Alkoholische Hautantiseptika, die niedrig dosiertes Benzalkoniumchlorid enthalten, sollten wegen der möglichen Toleranzbildung gegenüber Benzalkoniumchlorid nicht routinemäßig verwendet werden.

Wundantiseptika

Im Hinblick auf eine mögliche Toleranzentwicklung gelten nach heutigem Kenntnisstand Wasserstoffperoxid, Natriumhypochlorit sowie PVP-Iod als besonders vorteilhaft gegenüber CHG, Silber bzw. Octenidindihydrochlorid, da bei diesen Substanzen bislang gegenüber keiner Bakterienspezies eine starke Toleranzentwicklung gegenüber diesen Wirkstoffen nachgewiesen wurde. Gegenüber Polihexanid wurden zwar starke und stabile Anpassungsreaktionen beschrieben, doch in vergleichsweise geringem Ausmaß und nur bei Gram-positiven Spezies. Bei einem möglichen Austausch der Wundantiseptika gilt es zu beachten, dass die Wirksamkeit und lokale Verträglichkeit des neuen Produkts mindestens vergleichbar sind.

Händedesinfektionsmittel

Die folgenden bioziden Wirkstoffe können zusätzlich zum Alkohol in Händedesinfektionsmittel vorhanden sein: Benzalkoniumchlorid, CHG, Mecetroniumetilsulfat, Octenidindihydrochlorid oder ortho-Phenylphenol.[9] **Weder zur hygienischen noch zur chirurgischen Händedesinfektion wurde jemals unter Anwendungsbedingungen eine klinisch relevante Wirksamkeit remanenter Wirkstoffe nachgewiesen, die signifikant über die der Alkohole hinaus geht.[39] Ein Patientennutzen wurde für diese zusätzlichen Wirkstoffe noch nie nachgewiesen.** Der fehlende Nutzen für CHG in alkoholischen Händedesinfektionsmitteln wird von der WHO in der Empfehlung zur Prävention postoperativer Wundinfektionen bestätigt.[32] Deshalb ist die Empfehlung der KRINKO nur sinnvoll und sollte konsequent umgesetzt werden:

- Hygienischen Händedesinfektion: Präparate mit Zusatz antimikrobiell remanent wirksamer Wirkstoffe sind *nicht zu empfehlen,* da dadurch keine verbesserte Wirksamkeit erreichbar ist, aber das Risiko von Nebenwirkungen ansteigt.[3]

- Chirurgische Händedesinfektion: Der Zusatz eines remanent wirksamen Antiseptikums ist nicht erforderlich und erhöht das Risiko von Nebenwirkungen.[4]

Das ideale Händedesinfektionsmittel enthält somit eine ausreichend wirksame Konzentration an Alkoholen, Hautpflegestoffe und Wasser, verfügt über eine hohe Akzeptanz beim Anwender und eine gute Hautverträglichkeit, insbesondere bei häufiger Anwendung. Auf alkoholische Händedesinfektionsmittel, die weitere biozide Wirkstoffe enthalten, sollte bewusst verzichtet werden.

Flächendesinfektionsmittel

Für die routinemäßige Flächendesinfektion werden häufig Präparate auf Basis quartärer Ammoniumverbindungen wie Benzalkoniumchlorid oder DDAC eingesetzt. Insbesondere für Benzalkoniumchlorid ist eine starke und stabile Toleranzentwicklung bei recht vielen, vor allem Gram-negativen Spezies beschrieben worden. Präparate auf Basis von Peroxiden bzw. Natriumhypochlorit (große Flächen) oder Alkoholen (kleine Flächen) sind im Hinblick auf eine mögliche Toleranzbildung vorteilhaft. Durch die Verwendung von nachweislich wirksamen Flächendesinfektionsmitteln auf dieser Wirkstoffbasis kann der Selektionsdruck reduziert werden. Dabei ist zu beachten, dass die Wirksamkeit (auch unter organischer Belastung), Anwenderakzeptanz und Materialverträglichkeit des eingesetzten Produkts mit dem Vorgängerprodukt vergleichbar sind.

Literatur

1 Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Monronga P, Sauvan V, Touveneau S, Perneger TV. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Lancet 2000, 356, 1307-1312.

2 WHO. Who guidelines on hand hygiene in health care. First global patient safety challenge clean care is safer care. WHO: Geneva, 2009.

3 KRINKO am Robert Koch Institut. Händehygiene in einrichtungen des Gesundheitswesens. Bundesgesundheitsbl 2016, 59, 1189-1220.

4 KRINKO am Robert Koch Institut. Prävention postoperativer Wundinfektionen. Bundesgesundheitsblatt 2018, 61, 448-473.

5 KRINKO am Robert Koch Institut. Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen. Bundesgesundheitsblatt 2017, 60, 171-215.

6 McNamara PJ, Levy SB. Triclosan: An instructive tale. Antimicrob Agents Chemother 2016, 60, 7015-7016.

7 Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration. Safety and effectiveness of consumer antiseptics, topical antimicrobial drug products for over-the-counter human use. Fed Reg 2016, 81, 61106-61130.

8 Kampf G. Challenging biocide tolerance with antiseptic stewardship. J Hosp Infect 2018, 100, e37-e39.

9 Kampf G. Antiseptic stewardship: Biocide resistance and clinical implications. Springer International Publishing: Cham, 2018.

10 Morrissey I, Oggioni MR, Knight D, Curiao T, Coque T, Kalkanci A, Martinez JL. Evaluation of epidemiological cut-off values indicates that biocide resistant subpopulations are uncommon in natural isolates of clinically-relevant microorganisms. PLoS One 2014, 9, e86669.

11 Russell AD. Biocide use and antibiotic resistance: The relevance of laboratory findings to clinical and environmental situations. Lancet Infect Dis 2003, 3, 794-803.

12 Kampf G, Degenhardt S, Lackner S, Jesse K, von Baum H, Ostermeyer C. Poorly processed reusable surface disinfection tissue dispensers may be a source of infection. BMC Infect Dis 2014, 14, 37.

13 Kupfahl C, Walther M, Wendt C, von Baum H. Identical Achromobacter strain in reusable surface disinfection tissue dispensers and a clinical isolate. Infect Control Hosp Epidemiol 2015, 36, 1362-1364.

14 Davies GE, Francis J, Martin AR, Rose FL, Swain G. 1:6-di-4'-chlorophenyldiguanidohexane („hibitane"*). Laboratory investigation of a new antibacterial agent of high potency. Br J Pharmacol 1954, 9, 192-196.

15 Kampf G. Acquired resistance to chlorhexidine – is it time to establish an "antiseptic stewardship" initiative? J Hosp Infect 2016, 94, 213-227.

16 Kampf G. Chlorhexidine digluconate. In Antiseptic stewardship: Biocide resistance and clinical implications, Kampf, G., Ed. Springer International Publishing: Cham, 2018, pp 429-534.

17 Dominciano LCC, Oliveira CAF, Lee SH, Corassin, CH. Individual and combined antimicrobial activity of oleuropein and chemical sanitizers. J Food Chem Nanotechnol 2016, 2, 124-127.

18 Yadav P, Chaudhary S, Saxena RK, Talwar S, Yadav S. Evaluation of antimicrobial and antifungal efficacy of chitosan as endodontic irrigant against enterococcus faecalis and Candida albicans biofilm formed on tooth substrate. Journal of clinical and experimental dentistry 2017, 9, e361-e367.

19 Herruzo-Cabrera R, Garcia-Torres V, Rey-Calero J, Vizcaino-Alcaide MJ. Evaluation of the penetration strength, bactericidal efficacy and spectrum of action of several antimicrobial creams against isolated microorganisms in a burn centre. Burns: journal of the International Society for Burn Injuries 1992, 18, 39-44.

20 Ulusoy AT, Kalyoncuoglu E, Reis A, Cehreli ZC. Antibacterial effect of n-acetylcysteine and taurolidine on planktonic and biofilm forms of Enterococcus faecalis. Dental traumatology: official publication of International Association for Dental Traumatology 2016, 32, 212-218.

21 Valenzuela AS, Benomar N, Abriouel H, Canamero MM, Lopez RL, Galvez A. Biocide and copper tolerance in enterococci from different sources. J Food Prot 2013, 76, 1806-1809.

22 Mengistu Y, Erge W, Bellete B. In vitro susceptibility of gram-negative bacterial isolates to chlorhexidine gluconate. East African medical journal 1999, 76, 243-246.

23 Gadea R, Glibota N, Perez Pulido R, Galvez A, Ortega E. Adaptation to biocides cetrimide and

chlorhexidine in bacteria from organic foods: Association with tolerance to other antimicrobials and physical stresses. Journal of agricultural and food chemistry 2017, 65, 1758-1770.

24 Reich PJ, Boyle MG, Hogan PG, Johnson AJ, Wallace MA, Elward AM, Warner BB, Burnham CD, Fritz SA. Emergence of community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus strains in the neonatal intensive care unit: An infection prevention and patient safety challenge. Clin Microbiol Infect 2016, 22, 645. e641–645.e648.

25 Johnson RC, Schlett CD, Crawford K, Lanier JB, Merrell DS, Ellis MW. Recurrent methicillin-resistant Staphylococcus aureus cutaneous abscesses and selection of reduced chlorhexidine susceptibility during chlorhexidine use. J Clin Microbiol 2015, 53, 3677-3682.

26 Wand ME, Bock LJ, Bonney LC, Sutton JM. Mechanisms of increased resistance to chlorhexidine and cross-resistance to colistin following exposure of Klebsiella pneumoniae clinical isolates to chlorhexidine. Antimicrob Agents Chemother 2017, 61, e01162-01116.

27 Wand ME, Baker KS, Benthall G, McGregor H, McCowen JW, Deheer-Graham A, Sutton JM. Characterization of pre-antibiotic era Klebsiella pneumoniae isolates with respect to antibiotic/disinfectant susceptibility and virulence in Galleria mellonella. Antimicrob Agents Chemother 2015, 59, 3966-3972.

28 McNeil JC, Kok EY, Vallejo JG, Campbell JR, Hulten KG, Mason EO, Kaplan SL. Clinical and molecular features of decreased chlorhexidine susceptibility among nosocomial Staphylococcus aureus isolates at texas children‘s hospital. Antimicrob Agents Chemother 2016, 60, 1121-1128.

29 Bhardwaj P, Ziegler E, Palmer KL. Chlorhexidine induces vanA-type vancomycin resistance genes in enterococci. Antimicrob Agents Chemother 2016, 60, 2209-2221.

30 Jutkina J, Marathe NP, Flach CF, Larsson DGJ. Antibiotics and common antibacterial biocides stimulate horizontal transfer of resistance at low concentrations. The Science of the total environment 2017, 616-617, 172-178.

31 Kampf G. Silver. In Antiseptic stewardship: Biocide resistance and clinical implications, Kampf G, Ed. Springer International Publishing: Cham, 2018, pp 563-607.

32 WHO. Global guidelines for the prevention of surgical site infections. WHO: Geneva, 2016.

33 Harnoss JC, Assadian O, Kramer A, Probst P, Muller-Lantzsch C, Scheerer L, Bruckner T, Diener MK, Buchler MW, Ulrich AB. Comparison of chlorhexidine-isopropanol with isopropanol skin antisepsis for prevention of surgical-site infection after abdominal surgery. The British journal of surgery 2018, 105, 893-899.

34 Darouiche RO, Wall MJ, Itani KM, Otterson MF, Webb AL, Carrick MM, Miller HJ, Awad SS, Crosby CT, Mosier MC, et al. Chlorhexidine-alcohol versus povidone-iodine for surgical-site antisepsis. N Engl J Med 2010, 362, 18-26.

35 Tuuli MG, Liu J, Stout MJ, Martin S, Cahill AG, Odibo AO, Colditz GA, Macones GA. A randomized trial comparing skin antiseptic agents at cesarean delivery. N Engl J Med 2016, 374, 647-655.

36 Mimoz O, Lucet JC, Kerforne T, Pascal J, Souweine B, Goudet V, Mercat A, Bouadma L, Lasocki S, Alfandari S, et al. Skin antisepsis with chlorhexidine-alcohol versus povidone iodine-alcohol, with and without skin scrubbing, for prevention of intravascular-catheter-related infection (clean): An open-label, multicentre, randomised, controlled, two-by-two factorial trial. Lancet 2015, 386, 2069-2077.

37 Dettenkofer M, Wilson C, Gratwohl A, Schmoor C, Bertz H, Frei R, Heim D, Luft D, Schulz S, Widmer AF. Skin disinfection with octenidine dihydrochloride for central venous catheter site care: A double-blind, randomized, controlled trial. Clin Microbiol Infect 2010, 16, 600-606.

38 Lutz JT, Diener IV, Freiberg K, Zillmann R, Shah-Hosseini K, Seifert H, Berger-Schreck B, Wisplinghoff H. Efficacy of two antiseptic regimens on skin colonization of insertion sites for two different catheter types: A randomized, clinical trial. Infection 2016, 44, 707-712.

39 Kampf G, Kramer A, Suchomel M. Lack of sustained efficacy for alcohol-based surgical hand rubs containing “residual active ingredients” according to en 12791. J Hosp Infect 2017, 95, 163-168.

Autor
Prof. Dr. Günter Kampf

Institut für Hygiene und Umweltmedizin
Universitätsmedizin Greifswald

Korrespondenz: guenter.kampf@uni-greifswald.de

Vorgeschlagene Zitierweise
Kampf G. Bedeutung und Häufigkeit von Toleranzen gegenüber bioziden Wirkstoffen in Antiseptika und Desinfektionsmitteln

Epid Bull 2020;39:12-20 | DOI 10.25646/7062

(Dieser Artikel ist online vorab am 17.8.2020 erschienen.)

Interessenskonflikte
Der Autor hat für Vorträge und Beratung Honorare von Dr. Schumacher GmbH erhalten.

Zoonotische Bedeutung von MRE (ZooM): FAQs an der Schnittstelle von Veterinär-/Humanmedizin

Empfehlungen für den ÖGD und die Allgemeinbevölkerung

Das Projekt ZooM

Im Rahmen des Projekts ZooM wurden häufig gestellte Fragen (FAQ) zum Thema multiresistente Erreger (MRE) an der Schnittstelle von Veterinär- und Humanmedizin erstellt, welche als Informationen und Handlungsempfehlungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und für die Allgemeinbevölkerung veröffentlicht wurden. Informationen zu diesem Thema für den privaten Bereich und nichtmedizinischen Einrichtungen fehlten bislang.

Das Projekt wird vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) geleitet und durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Zuge der Nationalen Forschungsplattform für Zoonosen gefördert.

Wo kann ich die FAQs finden?

Die FAQs und alle Informationen zum Projekt sind online unter www.lgl.bayern.de/zoom einzusehen.

Beispiel-FAQs aus dem Fragenkatalog

- Welche Übertragungswege gibt es für MRE zwischen Menschen und Tieren?
- Sollten Tiere (z. B. Heim- oder Nutztiere) auf MRE gescreent werden und wie sollte im Falle einer Besiedelung bzw. einer Infektion gehandelt werden?
- Welche Empfehlungen sollten beachtet werden, um das Risiko einer Übertragung von MRE zwischen Menschen und Tieren in Kindertagesstätten zu minimieren?

Wir freuen uns über Feedback!
Gerne können Sie an der Evaluation der FAQs teilnehmen: https://bit.ly/34uxlfh
Oder schreiben Sie uns eine E-Mail an: zoom@lgl.bayern.de



Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

38. Woche 2020 (Datenstand: 23. September 2020)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter- Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2020		2019	2020		2019	2020		2019	2020		2019	2020		2019
	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.
Baden-Württemberg	53	2.834	3.855	31	757	991	2	92	180	3	1.994	4.644	4	292	1.397
Bayern	117	4.449	5.570	35	807	1.241	3	144	179	10	3.705	7.170	8	702	3.405
Berlin	18	1.331	2.048	4	203	388	0	53	75	2	1.001	2.647	0	255	2.960
Brandenburg	29	1.441	1.546	7	281	339	0	31	36	10	1.595	2.364	5	268	3.739
Bremen	3	216	336	0	32	36	1	6	2	0	85	255	0	41	166
Hamburg	4	761	1.325	0	82	239	0	25	33	0	432	979	0	116	1.169
Hessen	44	2.292	3.109	11	354	705	2	26	43	7	1.275	3.331	2	256	1.386
Mecklenburg-Vorpommern	30	1.286	1.316	1	148	302	1	31	34	2	985	2.004	4	185	1.525
Niedersachsen	87	3.045	3.960	18	536	967	2	145	170	11	2.219	4.613	4	462	3.289
Nordrhein-Westfalen	157	7.984	10.951	44	1.146	1.987	5	176	244	7	5.463	11.541	13	1.079	4.098
Rheinland-Pfalz	50	2.100	2.759	18	357	557	2	50	115	3	1.178	3.431	7	150	1.057
Saarland	6	623	804	2	84	87	0	5	8	2	217	644	2	80	286
Sachsen	89	3.209	3.630	18	508	613	0	59	96	31	2.983	5.564	10	826	4.342
Sachsen-Anhalt	33	1.254	1.261	5	356	409	0	47	63	4	1.534	3.081	3	264	1.892
Schleswig-Holstein	25	1.292	1.711	3	97	269	1	44	50	0	634	1.281	1	180	1.047
Thüringen	43	1.414	1.567	9	430	533	0	19	44	11	1.618	2.743	7	424	2.459
Deutschland	**788**	**35.531**	**45.748**	**206**	**6.178**	**9.663**	**19**	**953**	**1.372**	**103**	**26.918**	**56.292**	**70**	**5.580**	**34.217**

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2020		2019	2020		2019	2020		2019	2020		2019	2020		2019
	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.
Baden-Württemberg	1	27	51	14	956	1.220	16	627	798	10	429	443	2	23.932	18.841
Bayern	0	57	69	15	934	1.431	14	566	765	7	439	547	0	55.021	45.747
Berlin	0	28	68	5	310	392	6	156	205	0	225	273	0	5.616	6.117
Brandenburg	0	18	32	0	67	104	1	44	54	1	63	76	0	5.867	6.002
Bremen	1	3	7	1	86	87	1	32	29	1	48	41	0	367	391
Hamburg	0	13	32	1	74	101	3	69	106	2	137	160	0	3.900	4.716
Hessen	0	30	51	10	438	539	4	273	323	4	381	422	1	8.902	10.489
Mecklenburg-Vorpommern	0	9	15	0	25	52	0	23	31	1	39	37	0	3.672	6.738
Niedersachsen	0	30	52	6	402	453	6	300	368	3	224	282	1	10.482	11.059
Nordrhein-Westfalen	2	103	168	20	1.004	1.176	16	787	1.001	15	636	811	1	26.150	25.623
Rheinland-Pfalz	0	26	37	8	261	340	4	131	199	5	136	156	1	8.212	7.734
Saarland	0	2	13	2	54	48	2	32	48	0	37	33	0	1.714	817
Sachsen	0	12	22	0	137	172	0	122	153	1	93	125	0	20.266	22.562
Sachsen-Anhalt	0	13	6	2	75	105	0	45	86	3	55	104	0	6.926	10.854
Schleswig-Holstein	1	7	17	7	170	216	4	143	178	2	98	86	0	4.056	5.305
Thüringen	0	9	29	1	54	88	0	40	48	1	44	47	0	9.357	6.263
Deutschland	**5**	**387**	**669**	**92**	**5.047**	**6.524**	**77**	**3.390**	**4.392**	**56**	**3.084**	**3.643**	**6**	**194.440**	**189.258**

Allgemeiner Hinweis: Das Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen in Berlin verwendet veraltete Softwareversionen, die nicht gemäß den aktuellen Falldefinitionen des RKI gemäß § 11 Abs. 2 IfSG bewerten und übermitteln.

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2020		2019	2020		2019	2020		2019	2020		2019	2020		2019
	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.
Baden-Württemberg	0	23	72	0	57	32	0	0	0	0	293	630	17	1.662	2.762
Bayern	0	12	72	1	49	73	0	2	2	1	780	1.760	40	2.157	4.015
Berlin	0	3	22	0	57	26	0	0	3	1	125	298	8	487	1.223
Brandenburg	0	0	2	1	6	9	0	0	0	0	155	292	3	271	424
Bremen	0	0	1	0	1	6	0	1	0	0	40	57	2	102	206
Hamburg	0	0	18	0	14	9	0	0	0	0	72	237	11	257	401
Hessen	0	8	27	0	22	38	0	0	1	0	240	432	1	511	900
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	117	306	1	99	163
Niedersachsen	0	1	82	1	20	31	1	1	2	0	152	335	9	619	1.120
Nordrhein-Westfalen	0	19	129	0	46	78	0	1	7	4	433	1.356	17	1.513	3.222
Rheinland-Pfalz	0	6	36	0	16	30	0	0	0	0	121	292	5	304	557
Saarland	0	2	0	0	1	3	0	1	1	0	26	37	1	46	92
Sachsen	0	0	16	0	2	7	0	1	0	0	129	649	6	700	1.380
Sachsen-Anhalt	0	0	4	0	4	6	0	0	0	1	178	384	3	98	186
Schleswig-Holstein	0	0	5	0	7	25	0	0	1	0	92	148	2	366	428
Thüringen	0	0	5	0	7	3	0	0	0	0	236	435	2	142	275
Deutschland	**0**	**74**	**491**	**3**	**310**	**379**	**1**	**7**	**17**	**7**	**3.189**	**7.648**	**128**	**9.334**	**17.354**

Erreger mit Antibiotikaresistenz und *Clostridioides-difficile*-Erkrankung

	Acinetobacter-Infektion oder -Kolonisation (*Acinetobacter* mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit[1])			Enterobacteriaceae-Infektion oder -Kolonisation (Enterobacteriaceae mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit[1])			*Clostridioides-difficile*-Erkankung, schwere Verlaufsform			Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA), invasive Infektion		
	2020		2019	2020		2019	2020		2019	2020		2019
	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.
Baden-Württemberg	1	38	54	1	288	337	2	58	144	1	34	61
Bayern	0	37	54	5	342	441	2	150	216	2	56	156
Berlin	0	34	51	2	175	248	1	53	61	1	52	53
Brandenburg	0	7	10	2	58	67	0	52	69	0	27	48
Bremen	0	1	5	0	19	26	0	5	9	0	12	29
Hamburg	0	16	30	1	59	89	0	10	20	0	15	26
Hessen	1	44	78	7	376	437	2	87	103	2	48	60
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	1	0	32	37	4	53	51	0	33	48
Niedersachsen	2	31	34	2	197	180	2	131	171	1	122	176
Nordrhein-Westfalen	5	101	134	24	736	739	8	358	476	2	282	465
Rheinland-Pfalz	0	8	16	4	117	145	1	38	42	0	21	42
Saarland	0	2	1	1	23	42	0	0	3	0	10	8
Sachsen	1	15	26	1	112	161	0	82	140	2	73	117
Sachsen-Anhalt	0	8	5	2	112	127	2	118	105	0	47	76
Schleswig-Holstein	0	10	11	2	76	64	0	23	38	0	27	34
Thüringen	0	3	6	2	56	102	0	40	58	0	29	34
Deutschland	**10**	**356**	**516**	**56**	**2.778**	**3.242**	**24**	**1.258**	**1.706**	**11**	**888**	**1.433**

[1] oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante

Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2020		2019
	38.	1.–38.	1.–38.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	166	515
Botulismus	0	1	6
Brucellose	0	17	27
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	23	58
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	5	73
Denguefieber	0	185	827
Diphtherie	0	15	6
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	2	566	369
Giardiasis	27	1.311	2.504
Haemophilus influenzae, invasive Infektion	0	432	689
Hantavirus-Erkrankung	6	144	1.328
Hepatitis D	0	10	49
Hepatitis E	37	2.553	2.836
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	39	59
Kryptosporidiose	35	803	1.230
Legionellose	22	987	1.070
Lepra	0	0	1
Leptospirose	0	80	96
Listeriose	9	397	414
Meningokokken, invasive Erkrankung	0	128	196
Ornithose	0	11	6
Paratyphus	0	8	32
Q-Fieber	0	38	121
Shigellose	0	121	455
Trichinellose	0	1	3
Tularämie	0	13	35
Typhus abdominalis	0	26	66
Yersiniose	30	1.486	1.506
Zikavirus-Erkrankung	0	6	9

In der wöchentlich veröffentlichten aktuellen Statistik werden die gemäß IfSG an das RKI übermittelten Daten zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten veröffentlicht. Es werden nur Fälle dargestellt, die in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen sind, dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden und die Referenzdefinition erfüllen (s. www.rki.de/falldefinitionen).

Hinweis in eigener Sache

Für das Redaktionsteam des Epidemiologischen Bulletins ist eine Redaktionsstelle ausgeschrieben

Zu den Aufgaben gehören u.a.:

- Unterstützung der Redaktionsleitung bei der Planung der wöchentlichen Ausgaben des Epidemiologischen Bulletins
- Erarbeiten und redaktionelles Bearbeiten von wissenschaftlichen Manuskripten für das Epidemiologische Bulletin
- Beobachten der Publikationstätigkeit von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des RKI und weiterer einschlägiger Forschungsstätten
- Besuch von wissenschaftlichen Tagungen, Recherche von und Vorschläge für Themen
- Bearbeitung von wissenschaftlichen Manuskripten für das Bundesgesundheitsblatt und Vertretung der Redaktion des Bundesgesundheitsblatts
- Mitwirkung an der weiteren Entwicklung und Optimierung der medizinischen Fachinformation des RKI

Folgende Voraussetzungen sind erwünscht:

- abgeschlossenes wissenschaftliches Hochschulstudium der Humanmedizin, Veterinärmedizin, Biologie oder eines verwandten Fachgebietes (Master/Universitätsdiplom/3. Staatsexamen)
- Sicherheit in der deutschen Sprache in Bezug auf Rechtschreibung und Grammatik in Wort und Schrift, gutes schriftliches und mündliches Ausdrucksvermögen
- Erfahrung in der Bearbeitung medizinischer/wissenschaftlicher Manuskripte sowie Erfahrungen im wissenschaftlichen Publizieren
- Kenntnisse in der Epidemiologie (vorzugsweise Infektionsepidemiologie) und Public Health sind vorteilhaft
- Berufliche Erfahrungen in einer Redaktion sind von Vorteil
- Sprachkenntnisse (CEFR-Niveau): Deutsch C2 (exzellente, annähernd muttersprachliche Kenntnisse), Englisch mindestens B2 (selbstständige Sprachverwendung)

Die Stelle ist bis zum 31.12.2022 befristet. Weitere Informationen finden sich unter: www.rki.de/DE/Content/Service/Stellen/Angebote/2020/94_20.html.

Eine Bewerbung sollte unter www.interamt.de (StellenID 620777, Kennziffer 94/20) erfolgen. Bewerbungsfrist ist der 13.10.2020.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbungen.

Das Redaktionsteam des Epidemiologischen Bulletins.

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

17
2020
23. April 2020

Epidemiologisches Bulletin

Krankheitsschwere von COVID-19, Nowcasting: Erkrankungsfälle und Reproduktionszahl

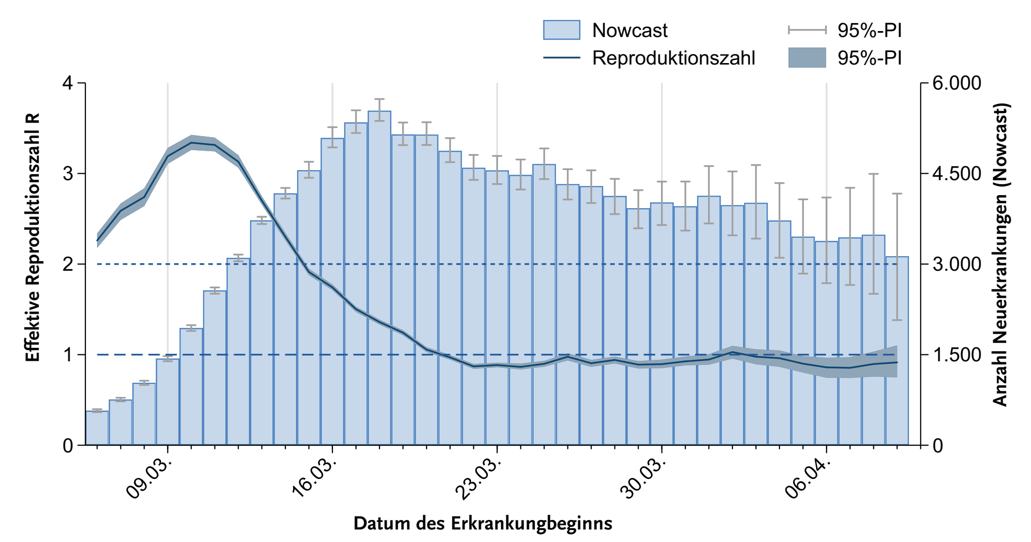


Abb. 4 | Schätzung der effektiven Reproduktionszahl R für eine angenommene Generationszeit von 4 Tagen und die durch das Nowcasting geschätzten Anzahlen von Neuerkrankungen, auf denen die R-Schätzung beruht.

mik kann man umgekehrt nun verwenden um die effektive Reproduktionszahl aus den Daten zu bestätigten SARS-CoV-2-Neuerkrankungen zu schätzen.

Bei einer konstanten Generationszeit von 4 Tagen, ergibt sich R als Quotient der Anzahl von Neuerkrankungen in zwei aufeinander folgenden Zeitabschnitten von jeweils 4 Tagen#.[4] Der so ermittelte R-Wert wird dem letzten dieser 8 Tage zugeordnet, weil erst dann die gesamte Information vorhanden ist. Daher beschreibt dieser R-Wert keinen einzelnen Tag, sondern ein Intervall von 4 Tagen. Das dazu gehörende Infektionsgeschehen liegt jeweils eine Inkubationszeit vor dem Erkrankungsbeginn. Hat sich die Anzahl der Neuerkrankungen im zweiten Zeitabschnitt erhöht, so liegt das R über 1. Ist die Anzahl der Neuerkrankungen in beiden Zeitabschnitten gleich groß, so liegt die Reproduktionszahl bei 1. Dies entspricht dann einem linearen Anstieg der Fallzahlen. Wenn dagegen nur jeder zweite Fall eine weitere Person ansteckt, also R = 0,5 ist, dann halbiert sich die Anzahl der neuen Infektionen innerhalb der Generationszeit.

#Wenn die Generationszeit als Verteilung geschätzt werden kann, ergibt sich eine etwas kompliziertere Formel mit ähnlicher Grundstruktur.

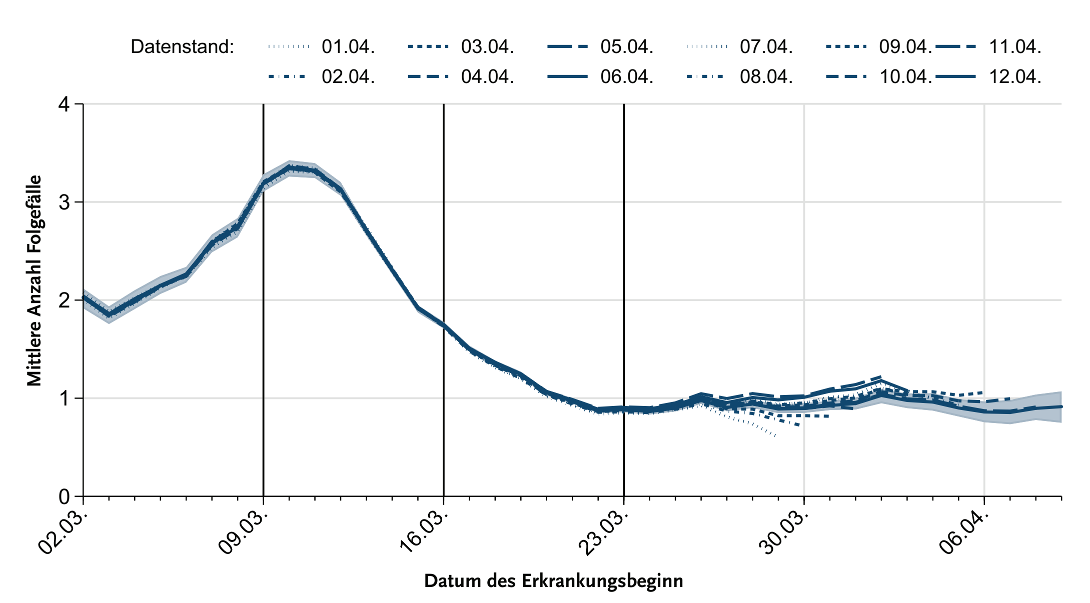


Abb. 5 | Vergleich der Schätzung der effektiven Reproduktionszahl R für eine angenommene Generationszeit von 4 Tagen zu unterschiedlichen Datenständen. Die schwarz hervorgehobenen vertikalen Linien kennzeichnen den Start der in Tab. 1 (S. 15) genannten Maßnahmen am 9. März, 16. März und 23. März 2020.

Anlage B407

Landesregierung beschließt weitreichendes Kontaktverbot und weitere Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Virus-Pandemie

Zusammenkünfte in der Öffentlichkeit von maximal zwei Personen / Bei Nichteinhaltung: Geldbußen bis zu 25.000 Euro und Freiheitsstrafen möglich / Ministerpräsident Laschet: Wir überwachen nicht die Vernünftigen, sondern bestrafen die Uneinsichtigen

22. März 2020



Foto: Land NRW

Die Landesregierung hat ein weitreichendes Kontaktverbot für Nordrhein-Westfalen per Rechtsverordnung erlassen, das ab Montag (23. März 2020) in Kraft tritt. Demnach werden Zusammenkünfte und Ansammlungen in der Öffentlichkeit von mehr als zwei Personen untersagt.

Staatskanzlei Nordrhein-Westfalen

Die Landesregierung hat ein weitreichendes Kontaktverbot für Nordrhein-Westfalen per Rechtsverordnung erlassen, das ab Montag (23. März 2020) in Kraft tritt. Demnach werden Zusammenkünfte und Ansammlungen in der Öffentlichkeit von mehr als zwei Personen untersagt. Ausgenommen sind die Verwandten in gerader Linie, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner sowie in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen, die Begleitung minderjähriger und unterstützungsbedürftiger Personen, zwingend notwendige Zusammenkünfte aus geschäftlichen, beruflichen und dienstlichen sowie aus prüfungs- und betreuungsrelevanten Gründen. Die Nutzung des Öffentlichen Personennahverkehrs bleibt zulässig.

Rechtsverordnung zum Schutz vor dem Coronavirus / Kontaktverbot

Ministerpräsident Armin Laschet: „Nordrhein-Westfalen hat als eines der ersten Länder das öffentliche Leben in der Corona-Krise massiv heruntergefahren. Das war richtig, diesen Weg gehen wir weiter – und verstärken die Maßnahmen in diesem Bereich. Während die Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger erkannt hat, dass es um Leben und Tod geht, beobachten wir aber auch noch viel Unvernunft. Es gibt immer noch Menschen, die Regeln und Empfehlungen missachten und sich so maximal unsolidarisch und gefährlich verhalten. Das dulden wir nicht. Wir setzen deshalb jetzt ein weitreichendes Kontaktverbot in Kraft. Ab Montag null Uhr sind Zusammenkünfte und Ansammlungen in der Öffentlichkeit von mehr als zwei Personen verboten. Mit der neuen Rechtsverordnung überwachen wir nicht die Vernünftigen, sondern bestrafen die Uneinsichtigen. Konsequent und hart. Es ist gut, dass sich Bund und Länder auf dieses gemeinsame und geschlossene Vorgehen einigen konnten.“

Zur Umsetzung der Rechtsverordnung sind die zuständigen Behörden gehalten, die Bestimmungen energisch, konsequent und, wo nötig, mit Zwangsmitteln durchzusetzen. Dabei werden sie von der Polizei unterstützt. Verstöße werden als Ordnungswidrigkeiten mit einer Geldbuße bis zu 25.000 Euro und als Straftaten mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren verfolgt. Die zuständigen Behörden sind gehalten, Geldbußen auf mindestens 200 Euro festzusetzen.



Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)

08.04.2022 – AKTUALISIERTER STAND FÜR DEUTSCHLAND

Bestätigte Fälle		7-Tage-Inzidenz (7-TI)		DIVI-Intensivregister Datenstand 07.04. 12:15 Uhr	Impfmonitoring Datenstand 08.04.
Gesamt[1]	aktive Fälle[2]	Gesamt-Bevölkerung	Anzahl Kreise mit 7-TI > 50/100.000 EW	Veränderung der Fälle zum Vortag auf ITS	Anzahl Impfungen seit dem Vortag
+175.263 (22.441.051)	-62.300 [ca. 4.141.500]	1.181,2 Fälle/ 100.000 EW	±0 [411/411]	-59 [2.052]	Erstimpfungen: +3.533 Zweitimpfungen: +8.358 Auffrischimpfung: +35.653
Hospitalisiert[1]	Genesene[3]	Hospitalisierte gesamt	Anzahl Kreise mit 7-TI > 500/100.000 EW	Anteil COVID-19-Belegung an Gesamtzahl der betreibbaren ITS-Betten[4]	Anzahl Geimpfter insgesamt mit mindestens einer/mit vollständiger/ mit Auffrischimpfung [5, 6, 7]
+1.899 (505.624)	+237.300 (ca. 18.168.200)	6,51 Fälle/ 100.000 EW	+1 [409/411]	9,3 %	N1: 63.706.942 N2: 63.225.075 N3: 49.010.374
Verstorbene[1]		Hospitalisierte ab 60 Jahre	Anzahl Kreise mit 7-TI > 1000/100.000 EW	Erstaufnahmen auf ITS	Anteil Geimpfter insgesamt mit mindestens einer/mit vollständiger/ mit Auffrischimpfung [5, 6, 7]
+334 (131.370)		15,06 Fälle/ 100.000 EW	-22 [306/411]	+268	N1: 76,6 % N2: 76,0 % N3: 58,9 %

Zahlen in () Klammern zeigen kumulative Werte, Zahlen in [] Klammern zeigen die aktuellen Werte. Fußnoten werden im Anhang erläutert.

COVID-19-Verdachtsfälle und -Erkrankungen sowie Labornachweise von SARS-CoV-2 werden gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das Gesundheitsamt gemeldet. Dieses übermittelt die Daten über die zuständige Landesbehörde an das Robert Koch-Institut (RKI). Im vorliegenden Lagebericht werden die an das RKI übermittelten Daten zu laborbestätigten COVID-19-Fällen dargestellt. Daten zu durchgeführten COVID-19-Impfungen sind gemäß Coronavirus-Impfverordnung von allen impfenden Stellen täglich dem RKI zu übermitteln und sind hier publiziert:
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html

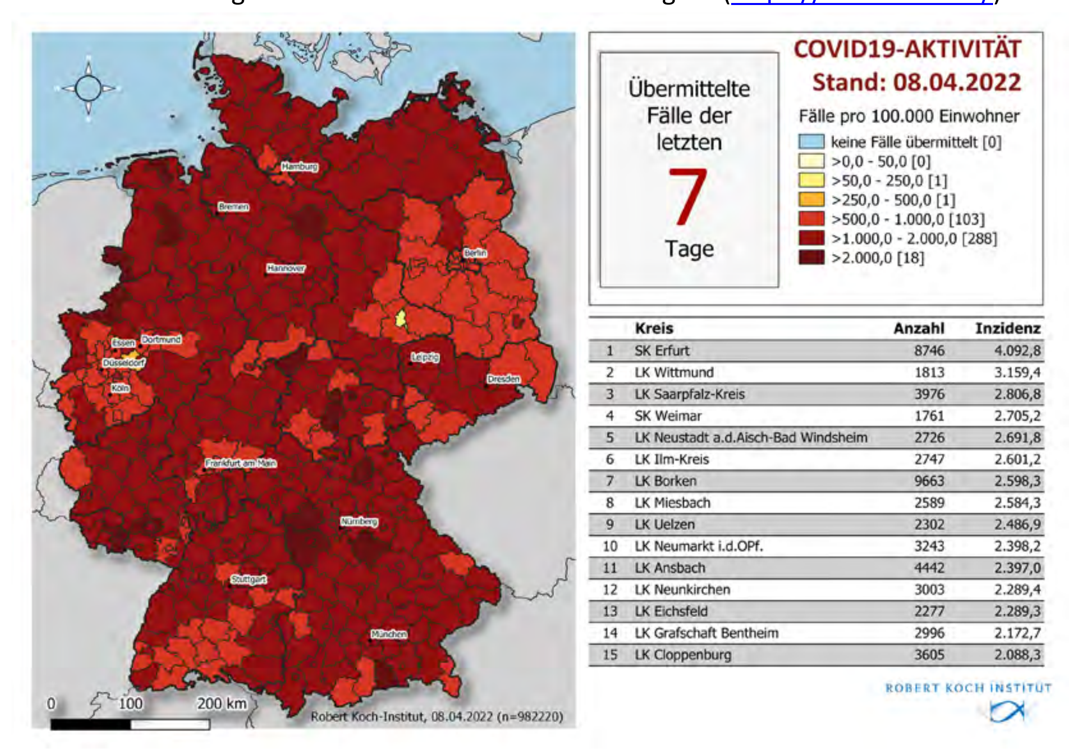
– Änderungen seit dem letzten Bericht werden im Text in Blau dargestellt –

Zusammenfassung der aktuellen Lage

- Gestern wurden 175.263 neue Fälle und 334 neue Todesfälle übermittelt. Die Inzidenz der letzten 7 Tage liegt deutschlandweit bei 1.181,2 Fällen pro 100.000 Einwohner (EW). Die Werte für die 7-Tage-Inzidenz in den Bundesländern liegen zwischen 1.738,8 pro 100.000 EW in Saarland und 752,3 pro 100.000 EW in Berlin.
- Es wurden 1.899 Hospitalisierungen in Bezug auf COVID-19 übermittelt, die 7-Tage-Inzidenz der hospitalisierten Fälle liegt bei 6,51 Fällen pro 100.000 EW.
- Am 07.04.2022 (12:15 Uhr) befanden sich 2.052 COVID-19-Fälle in intensivmedizinischer Behandlung (-59 zum Vortag). Der Anteil der COVID-19-Belegung durch Erwachsene an allen betreibbaren Intensivbetten für Erwachsene liegt bei 9,3 %.
- Seit dem 26.12.2020 wurden insgesamt 172.332.148 Impfungen verabreicht. Insgesamt haben 76,6 % der Bevölkerung mindestens eine Impfung gegen COVID-19 bekommen.[5] 76,0 % wurden bereits vollständig gegen COVID-19 geimpft.[6] 58,9 % haben eine Auffrischimpfung erhalten.[7]

Epidemiologische Lage in Deutschland (Datenstand 08.04.2022, 0:00 Uhr)

Es wurden 22.441.051 (+175.263) labordiagnostisch bestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt (s. Tabelle 1). Die geografische Verteilung der Fälle der letzten 7 Tage ist in Abbildung 1 dargestellt. Die genauen Inzidenzwerte der Kreise sowie dem RKI übermittelten Fälle mit Erkrankungsdatum seit dem 01.03.2020 sind tagesaktuell auf dem Dashboard verfügbar (https://corona.rki.de/).



	Kreis	Anzahl	Inzidenz
1	SK Erfurt	8746	4.092,8
2	LK Wittmund	1813	3.159,4
3	LK Saarpfalz-Kreis	3976	2.806,8
4	SK Weimar	1761	2.705,2
5	LK Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	2726	2.691,8
6	LK Ilm-Kreis	2747	2.601,2
7	LK Borken	9663	2.598,3
8	LK Miesbach	2589	2.584,3
9	LK Uelzen	2302	2.486,9
10	LK Neumarkt i.d.OPf.	3243	2.398,2
11	LK Ansbach	4442	2.397,0
12	LK Neunkirchen	3003	2.289,4
13	LK Eichsfeld	2277	2.289,3
14	LK Grafschaft Bentheim	2996	2.172,7
15	LK Cloppenburg	3605	2.088,3

Abbildung 1: An das RKI übermittelte COVID-19-Fälle mit einem Meldedatum innerhalb der letzten 7 Tage in Deutschland nach Kreis und Bundesland (n = 982.220, 08.04.2022, 0:00 Uhr). Die Fälle werden in der Regel nach dem Kreis ausgewiesen, aus dem sie übermittelt wurden. Dies entspricht in der Regel dem Wohnort. Wohnort und wahrscheinlicher Infektionsort müssen nicht übereinstimmen.

Abbildung 2 zeigt den Verlauf der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle pro 100.000 Einwohner der jeweils letzten 7 Tage in den Bundesländern und in Deutschland. Die Werte für die 7-Tage-Inzidenz in den Bundesändern liegen zwischen 1.738,8 pro 100.000 EW in Saarland und 752,3 pro 100.000 EW in Berlin.

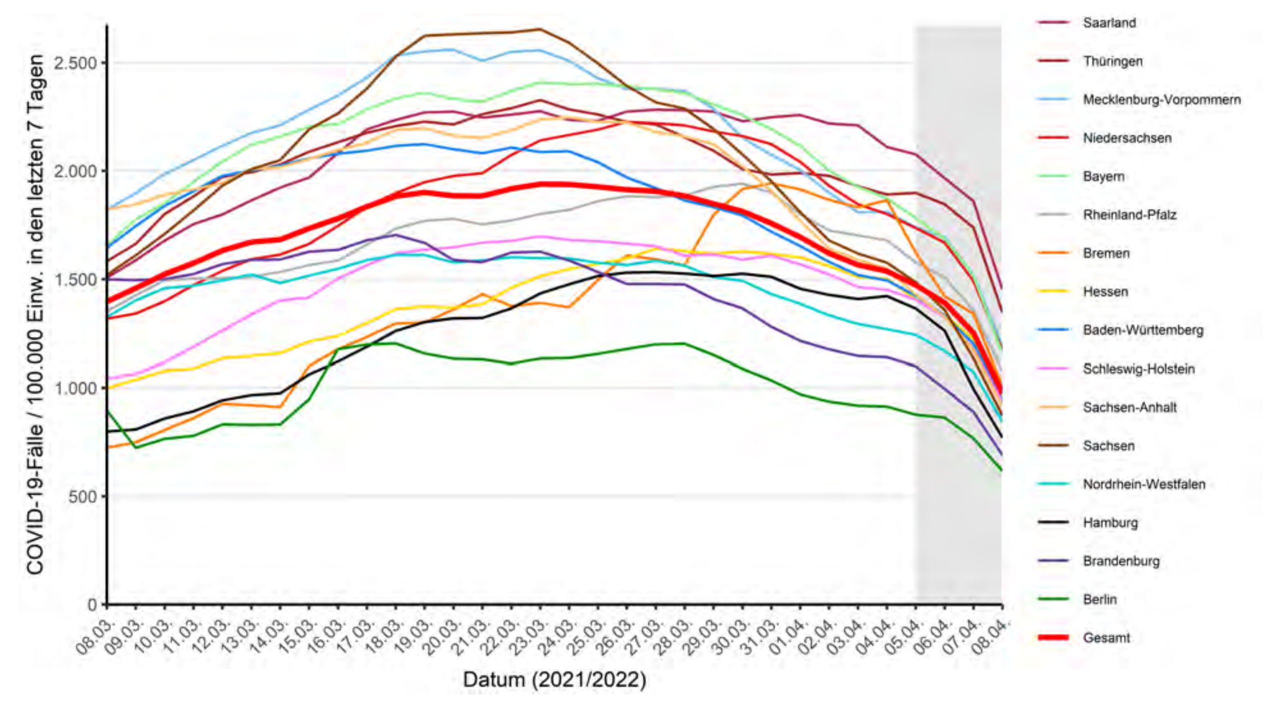


Abbildung 2: Darstellung der übermittelten COVID-19-Fälle/100.000 Einwohner über 7 Tage in Deutschland nach Bundesland und Meldedatum in den Gesundheitsämtern (08.04.2022, 0:00 Uhr). Für den grau markierten Bereich ist in den Folgetagen noch mit nachübermittelten Fällen und damit mit einer Erhöhung der Inzidenz zu rechnen.

Tabelle 1: An das RKI übermittelte COVID-19-Fälle und -Todesfälle sowie Hospitalisierungsinzidenz pro Bundesland in Deutschland (08.04.2022, 0:00 Uhr). Die Differenz zum Vortag bezieht sich auf Fälle, die dem RKI täglich übermittelt werden. Dies beinhaltet Fälle, die am gleichen Tag oder bereits an früheren Tagen an das Gesundheitsamt gemeldet worden sind.

	Fälle kumulativ			Letzte 7 Tage			Todesfälle kumul.	
Bundesland	Fälle	Differenz Vortag	Fälle/ 100.000 EW	Fälle	Fälle/ 100.000 EW	Hospitali-sierung/ 100.000 EW	Fälle	Fälle/ 100.000 EW
Baden-Württemberg	3.195.332	21.360	28.779	125.484	1.130,2	6,03	15.337	138
Bayern	4.253.659	30.738	32.371	181.759	1.383,2	6,84	22.877	174
Berlin	941.491	4.975	25.695	27.566	752,3	2,27	4.406	120
Brandenburg	714.333	3.662	28.223	21.065	832,3	4,70	5.464	216
Bremen	163.837	943	24.089	7.767	1.142,0	3,23	724	106
Hamburg	472.695	4.175	25.517	18.285	987,1	3,89	2.423	131
Hessen	1.530.483	12.546	24.320	72.594	1.153,5	6,23	9.696	154
Mecklenburg-Vorpommern	426.011	4.009	26.448	23.169	1.438,4	15,09	2.057	128
Niedersachsen	1.848.134	21.613	23.092	114.914	1.435,8	4,87	8.285	104
Nordrhein-Westfalen	4.471.735	33.931	24.946	183.803	1.025,4	6,70	23.973	134
Rheinland-Pfalz	952.983	9.030	23.253	52.828	1.289,0	7,88	5.345	130
Saarland	267.311	2.814	27.166	17.110	1.738,8	7,32	1.559	158
Sachsen	1.374.231	7.770	33.874	43.135	1.063,2	6,14	14.885	367
Sachsen-Anhalt	636.361	4.131	29.182	23.958	1.098,6	7,75	5.083	233
Schleswig-Holstein	550.269	7.180	18.904	34.022	1.168,8	7,04	2.334	80
Thüringen	642.186	6.386	30.288	34.761	1.639,5	14,48	6.922	326
Gesamt	**22.441.051**	**175.263**	**26.987**	**982.220**	**1.181,2**	**6,51**	**131.370**	**158**

Im Rahmen von Qualitätsprüfungen und Datenbereinigungen der Gesundheitsämter kann es gelegentlich vorkommen, dass bereits übermittelte Fälle im Nachhinein korrigiert bzw. wieder gelöscht werden. So kann es dazu kommen, dass in dieser Tabelle negative Werte bei der Differenz der im Vergleich zum Vortag übermittelten Fällen aufgeführt werden.

Die Aussagekraft der tagesaktuellen Berichterstattung der Neuinfektionen ist am Wochenende und zu Beginn der Woche eingeschränkt, da am Wochenende weniger Testungen, Labordiagnostik, Meldungen und Übermittlungen stattfinden. Am Wochenende ist die Übermittlung durch Gesundheitsämter gesetzlich nicht verpflichtend. Da auch keine direkten Konsequenzen auf Landes- oder Bundesebene folgen, übermitteln zunehmend weniger Gesundheitsämter an den Wochenenden. Tagesaktuelle Schwankungen sollten daher - insbesondere am Wochenende und zu Wochenbeginn - nicht überbewertet werden. Für die Beurteilung des Verlaufs ist die Betrachtung des Wochenvergleichs zielführender. Eine ausführliche Bewertung der epidemiologischen Situation erfolgt jeden Donnerstag im Wochenbericht des RKI.

Abbildung 3 zeigt den Verlauf der an das RKI übermittelten hospitalisierten COVID-19-Fälle pro 100.000 Einwohner der jeweils letzten 7 Tage in Deutschland. Es wurde eine Schätzung der zu erwartenden Anzahl an verzögert berichteten Hospitalisierungen durchgeführt (siehe Wochenbericht, Abschnitt Trends der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz). Diese zeigt eine deutlich höhere Hospitalisierungsinzidenz als die tagesaktuellen Werte.

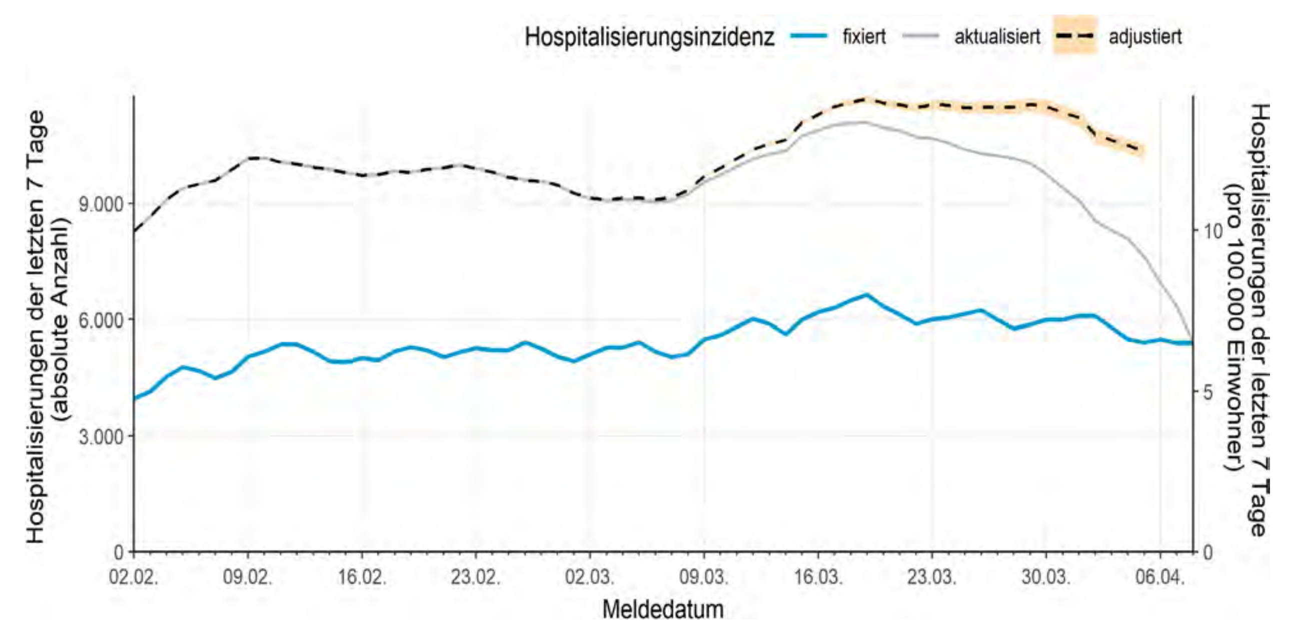


Abbildung 3: Darstellung der hospitalisierten COVID-19-Fälle/100.000 Einwohner über 7 Tage in Deutschland nach Meldedatum (08.04.2022, 0:00 Uhr). Die tagesaktuell berichtete Hospitalisierungsinzidenz (fixiert) wird in blau, mit Berücksichtigung der verzögert berichteten Hospitalisierungen (aktualisiert) in grau dargestellt. Die Schätzung der zu erwartenden Anzahl an verzögert berichteten Hospitalisierungen wird als gestrichelte Linie mit 95%-Prädiktionsintervall (in orange) gezeigt. Die Skalen geben die jeweilige absolute Anzahl (y-Achse, links) und den Anteil pro 100.000 Einw. (y-Achse, rechts) an.

Schätzung der Fallzahlen unter Berücksichtigung des Verzugs (Nowcasting) und der Reproduktionszahl

Den aktuell geschätzten Verlauf des 7-Tage-R-Werts zeigt Abbildung 4.

7-Tage-R-Wert
0,84
(95%- Prädiktionsintervall: 0,79 - 0,90)

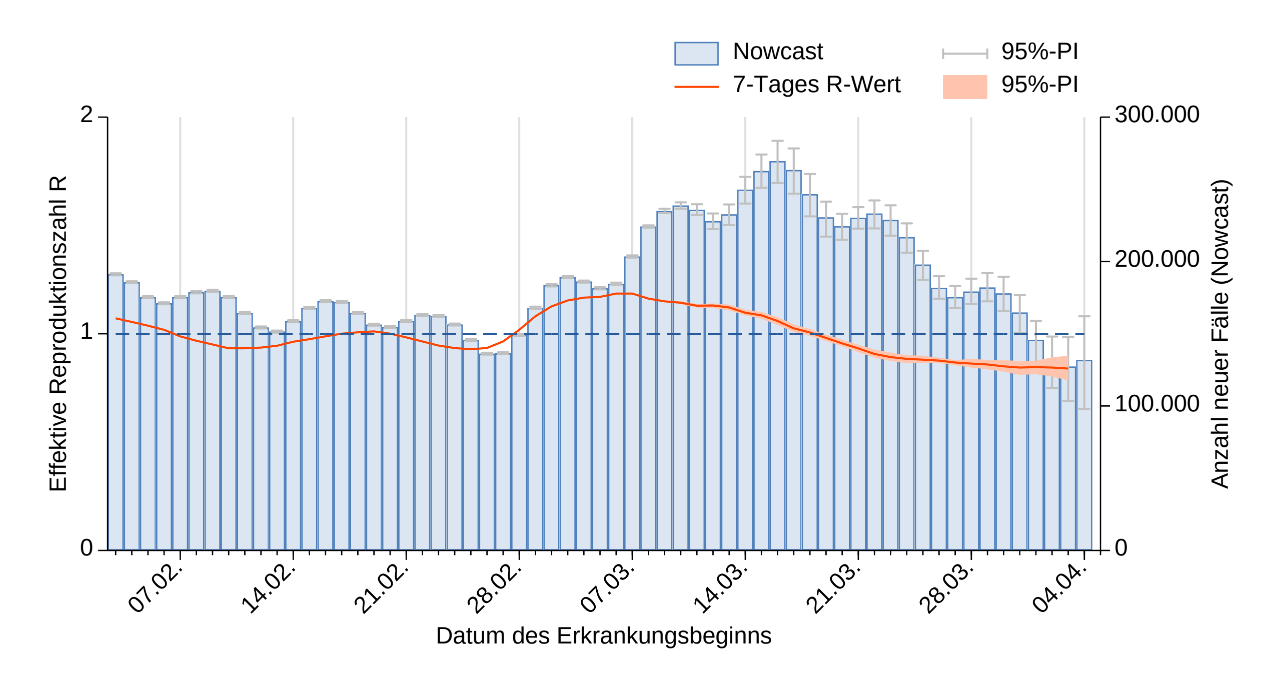


Abbildung 4: Darstellung des geschätzten R-Werts (in orange) in den letzten 60 Tagen, vor dem Hintergrund der durch das Nowcasting geschätzten Fallzahlen nach Erkrankungsbeginn (Stand 08.04.2022, 0:00 Uhr, unter Berücksichtigung der Fälle mit Erkrankungsbeginn bis 04.04.2022).

Unter http://www.rki.de/covid-19-nowcasting werden Beispielrechnungen und der täglich aktualisierten R-Wert als csv-Tabelle zur Verfügung gestellt. Eine detaillierte Beschreibung der Methodik ist unter Schätzung der aktuellen Entwicklung der SARS-CoV-2-Epidemie in Deutschland - Nowcasting verfügbar (Epid. Bull. 17 | 2020 vom 23.04.2020).

Anhang:

Hinweise zur Datenerfassung und -bewertung

Die in diesem Lagebericht dargestellten Daten stellen eine Momentaufnahme dar. Informationen zu Fällen können im Verlauf der Erkrankung durch die Gesundheitsämter nachermittelt und nachgetragen werden. Nicht für alle Variablen gelingt eine vollständige Erfassung.

Die Gesundheitsämter ermitteln ggf. zusätzliche Informationen, bewerten den Fall und leiten die notwendigen Infektionsschutzmaßnahmen ein. Die Daten werden gemäß Infektionsschutzgesetz spätestens am nächsten Arbeitstag vom Gesundheitsamt elektronisch an die zuständige Landesbehörde und von dort an das RKI übermittelt. Die Daten werden am RKI einmal täglich jeweils um 0:00 Uhr aktualisiert.

Durch die Dateneingabe und Datenübermittlung entsteht von dem Zeitpunkt der Meldung des Falls an das Gesundheitsamt bis zur Veröffentlichung durch das RKI ein Zeitverzug, sodass es Abweichungen hinsichtlich der Fallzahlen zu anderen Quellen geben kann.

Für die Berechnung der Inzidenzen werden die Daten der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes mit Datenstand 31.12.2020 verwendet. Die Berechnung der 7-Tage-Inzidenz erfolgt auf Basis des Meldedatums, also dem Datum, an dem das lokale Gesundheitsamt Kenntnis über den Fall erlangt und ihn elektronisch erfasst hat. Für die 7-Tage-Inzidenz werden die Fälle mit Meldedatum der letzten 7 Tage gezählt.

Die Differenz zum Vortag, so wie sie im Lagebericht und Dashboard ausgewiesen wird, bezieht sich dagegen auf das Datum, wann der Fall erstmals in der Berichterstattung des RKI veröffentlicht wird. Es kann sein, dass z.B. durch Übermittlungsverzug dort auch Fälle enthalten sind, die ein Meldedatum vor mehr als 7 Tagen aufweisen. Gleichzeitig werden in der Differenz auch Fälle berücksichtigt, die aufgrund von Datenqualitätsprüfungen im Nachhinein gelöscht wurden, sodass von dieser Differenz nicht ohne weiteres auf die 7-Tage-Inzidenz geschlossen werden kann.

Anmerkungen

1. Die Differenz zum Vortag bezieht sich auf das Eingangsdatum am RKI; aufgrund des Übermittlungsverzugs können Fälle aus vorangegangenen Tagen darunter sein.
2. Die aktiven Fälle ergeben sich aus der Zahl der übermittelten Fälle abzüglich der Todesfälle und der geschätzten Zahl der Genesenen.
3. Der Algorithmus zur Schätzung der Genesenen berücksichtigt Angaben zum Erkrankungsbeginn und zur Hospitalisierung, jedoch nicht, ob ggf. Spätfolgen der Erkrankung vorliegen, weil diese Daten nicht regulär im Meldesystem erfasst werden.
4. Anteil der COVID-19-Belegung durch Erwachsene an allen betreibbaren Intensivbetten für Erwachsene.
5. Die Gesamtzahl mindestens einmal Geimpfter ergibt sich aus der Anzahl der als Erstimpfung codierten Meldungen in den übermittelten Impfdaten.
6. Nach Vorgaben für die Impfdatenübermittlung ist jede Zweitimpfung oder eine Impfung nach Genesung mit dem Code als vollständige Impfung zu übermitteln. Eine Impfung mit dem Janssen-Impfstoff wird als Erstimpfung codiert und übermittelt, aber ebenfalls als vollständig gewertet.
7. Die Gesamtzahl der Personen mit Auffrischimpfung ergibt sich aus der Anzahl der als Auffrischimpfung codierten Meldungen in den übermittelten Impfdaten.

Anlage B409



Organisationen forderten mehr Geld

Bundesregierung einigt sich auf eine Milliarde Euro für „Kampf gegen Rechts“

Deutschland | 25. November 2020 | JF | 25 Kommentare

BERLIN. Die Bundesregierung hat sich am Mittwoch auf ein Maßnahmenpaket in Höhe von einer Milliarde Euro im „Kampf gegen Rechts“ geeinigt. Das Vorhaben solle „Ursachen von Rechtsextremismus und Rassismus besser verstehen lernen, dem Handeln von Rechtsextremen als starker Staat Antworten geben und die Förderung der demokratischen Zivilgesellschaft stärken“, teilte die Bundesregierung mit.

Die Mittel, im Durchschnitt 250 Millionen Euro pro Jahr, seien für den

Kanzlerin und Minister einig: Anstrengungen müssen verstärkt werden

Es sei „ein stärkeres Bewußtsein für Rassismus als gesamtgesellschaftliches Phänomen notwendig“, begründete die Regierung den Vorstoß. Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) sei sich mit den beteiligten Ministern einig, „daß der Kampf gegen Rechtsextremismus und Rassismus verstärkt werden müsse“.

Deutschland sei ein Land der Vielfalt. „Rechtsextremismus und Rassismus, Antisemitismus, Muslimfeindlichkeit und alle anderen Formen gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit haben keinen Platz in Deutschland.“ Außenminister Heiko Maas (SPD) lobte die Einigung. „Damit stärken wir alle, die so unermüdlich dafür kämpfen, daß Rechtsextremismus in unserer Demokratie keinen Platz hat“, schrieb er auf Twitter.

> Der Kabinettausschuss #Rechtsextremismus hat heute den Weg für eine dauerhafte #Demokratieförderung mit einem #WehrhafteDemokratieFördergesetz freigemacht. Bundesfamilienministerin Franziska #Giffey wird dazu gemeinsam mit dem Bundesinnenminister zügig Eckpunkte vorlegen. pic.twitter.com/i48Lam1yg2
>
> — Familien-, Senioren-, Frauen- & Jugendministerium (@BMFSFJ) November 25, 2020

> Der Kampf gegen Rechtsextremismus braucht konkrete Maßnahmen – und die kosten auch Geld. Eine Milliarde Euro wollen wir bis 2024 zur Verfügung stellen. Damit stärken wir alle, die so unermüdlich dafür kämpfen, dass #Rechtsextremismus in unserer Demokratie keinen Platz hat.
>
> — Heiko Maas EU (@HeikoMaas) November 25, 2020

Im Vorfeld der Ausschußsitzung hatten sich rund 60 zumeist linke Vereine und Organisationen in einem offenen Brief an das Gremium gewandt. Darin drängten unter anderem die Amadeu-Antonio-Stiftung und die Neuen deutschen Medienmacher auf eine verstetigte finanzielle Förderung.

„Lassen Sie uns deutlich sagen: Die bisherige Form der Unterstützung von zivilgesellschaftlicher Demokratiearbeit ist demotivierend, und ohne eine gesetzliche Grundlage bleibt der vereinbarte Regierungskompromiss ohne Substanz.“ Daher bedürfe es schnellst möglichest eines „Demokratiefördergesetzes“.

Bereits Anfang des Jahres hatten mehrere Organisationen über mangelnde Unterstützung des Bundes geklagt. Die Mittel für das Programm „Demokratie leben“ vom Bundesfamilienministerium waren nicht erhöht worden und blieben bei 115 Millionen Euro im Jahr. Dadurch wären einige Arbeitsplätze zumeist linker Vereine weggefallen. Anschließend sprang im Falle Berlins die Landesregierung ein. (ls)

Anlage B410

Faschismus

[lat.] Ursprünglich aus sozialrevolutionären lokalen Zusammenschlüssen, den Syndikalisten (Syndikalismus), »Bewegung der Tat«, entstanden, entwickelte sich Anfang der 1920er-Jahre in ITA rasch eine Bewegung, deren Anhänger sich selbst als Faschisten bezeichneten und deren Symbol, das Rutenbündel (ital.: fascio), die Stärke und Überlegenheit des Bundes gegenüber dem Einzelnen bedeutet. Mit zunehmender Radikalisierung, dem Einsatz von Gewalt und Terror (Terror/Terrorismus) und der Übernahme des Führerprinzips zielte die faschistische Bewegung unter B. Mussolini auf die Übernahme der Macht im Staat (Gründung der Partito Nazionale Fascista, PNF, 1921) und versuchte auch gegenüber der italienischen Gesellschaft, ihren totalen Machtanspruch geltend zu machen. Aus der Abwehr dieses bedingungslosen Unterwerfungsanspruchs entwickelte sich die Bezeichnung des F. als totalitärem Regime. 1922 wurde B. Mussolini vom italienischen König zum Ministerpräsidenten (Ministerpräsident/Ministerpräsidentin) ernannt, konnte 1925/26 die demokratischen Institutionen auflösen bzw. ausschalten und herrschte praktisch unbeschränkt in einem Einparteienstaat (Einparteiensystem) bis zu seiner Absetzung durch den italienischen König 1943. Die italienische Entwicklung diente teilweise den dt. Nationalsozialisten als Vorbild, sodass F. und Nationalsozialismus (schwarze und braune Faschisten) teilweise gleichbedeutend verwendet werden. Gemeinsam ist ihnen a) eine charismatische, autoritäre Führerfigur, b) die strikte Unterwerfung unter das Führerprinzip und c) der hierarchische Aufbau der politischen Organisation; weiterhin d) das rechtsextreme, offen rassistische und fremdenfeindliche Gedankengut und e) die (in Bezug auf andere politische Überzeugungen) negative Eigendefinition (als antidemokratisch, antiparlamentarisch, antiliberal, antihumanistisch etc.).

Wesentliche Voraussetzung für den Aufschwung des F. (wie des Nationalsozialismus) waren die ökonomische Verelendung großer Teile der Bevölkerung und die Auflösung der traditionellen (auch politischen) Werteordnung. Faschistische Bewegungen gab es in fast allen europäischen Staaten; sie waren in verschiedenen südamerikanischen Staaten auch nach dem Zweiten Weltkrieg noch von Bedeutung.

Quelle: *Schubert, Klaus/Martina Klein: Das Politiklexikon. 7., aktual. u. erw. Aufl. Bonn: Dietz 2020. Lizenzausgabe Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.*

- Leerseite -

Wie wir COVID-19 unter Kontrolle bekommen

1. Lage und Strategie

Das pandemische COVID-19-Virus ist für die Politik, Gesellschaft und Wirtschaft in Deutschland und Europa die größte Herausforderung seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs. Ein Blick auf die Daten aus Asien und die Meldungen aus europäischen Nachbarländern zeigen, dass eine **Unterschätzung der Größenordnung dieser Herausforderung zu immensen, irreversiblen Schäden führen wird**.

Die meisten Virologen, Epidemiologien, Mediziner, Wirtschafts- und Politikwissenschaftler beantworten die Frage «was passiert, wenn nichts getan wird» mit einem Worst-Case-Szenario von über einer Million Toten im Jahre 2020 – für Deutschland allein. Ein Expertenteam von RKI, RWI, IW, SWP, Universität Bonn/University of Nottingham Ningbo China, Universität Lausanne und Universität Kassel bestätigt diese Zahlen mit einem für Deutschland entwickelten Gesamtmodell.

Die **Vermeidung dieses Worst Case hat deswegen oberste strategische Priorität** und ist nach den Berechnungen und Empfehlungen dieses Expertenteams nicht nur zwingend notwendig, sondern auch immer noch möglich.

Was ist zu tun?

1) **Kommunikation:** Der Worst Case ist mit allen Folgen für die Bevölkerung in Deutschland unmissverständlich, entschlossen und transparent zu verdeutlichen.
2) **Geschlossenheit:** Die Vermeidung des Worst Case ist als zentrales politisches und gesellschaftliches Ziel zu definieren. Politik und Bürger müssen dabei als Einheit agieren.
3) **Nachvollziehbarkeit:** Die Bürger müssen nachvollziehen können, dass folgende Maßnahmen nur mit ihrer Mithilfe zu ihrem Wohl umgesetzt werden müssen und können.
    a. Soziale Kontakte sind für eine bestimmte Zeit auf ein Minimum zu reduzieren (soziale Distanzierung) und ein Ende dieser Maßnahmen **ist von der nachvollziehbaren öffentlichen Wirkung** dieser Maßnahmen **abhängig zu machen.**
    b. Die Wirkung der Maßnahmen lässt sich am besten **durch Ausweiten des Testens** für alle Bürger in Echtzeit nachvollziehbar machen. Konsequent getestet werden sollten Bürger mit Eigenverdacht und der gesamte Kreis der Kontaktpersonen von positiv getesteten Bürgern. Großflächiges Testen vermittelt den von Ausgangsbeschränkungen betroffenen Bürgern ein **aktives Krisenhandeln des Staates**. Wir müssen von der Methode «Wir testen, um die Lage zu bestätigen» zur Methode «Wir testen, um vor die Lage zu kommen» wechseln (das belegt Südkorea eindrucksvoll). Eine zentrale Erfassung aller durchgeführten und zukünftig erfolgenden Tests ist unabdingbar. Eine **Bestimmung der nationalen Testkapazität** (Kapazitäten an Tests, med. Personal zur Durchführung, Auswertung) und deren größtmögliche **Erhöhung sind überfällig**. Dies erlaubt eine mit allen Bürgern geteilte Beobachtung der Ausbreitung und Eindämmung. Ein der Lage angemessenes und schrittweises Eingreifen in wirtschaftliche und gesellschaftliche Abläufe wird dadurch erst ermöglicht und die **Akzeptanz und Sinnhaftigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen erhöht**.

c. Auch bei erfolgreichem Eindämmen der Epidemie **muss die Kapazität für die nötige medizinische Betreuung** erhöht werden. Die Lage wird sich dadurch verschlimmern, dass nicht nur intensiv-medizinische Betreuung von Schwerstkranken mit Beatmungsgeräten, sondern auch für mittelschwer Erkrankte eine Sauerstoffversorgung ambulant und stationär notwendig werden wird (das belegt China).
d. Die **Bundesregierung muss eine umfassende Mobilisierungskampagne** starten. Die gegenwärtige Krise durch COVID-19 ist ein harter Schlag für das Vertrauen in die Institutionen. Dem muss entgegengewirkt werden, weil die Regierung zu einem mobilisierenden Faktor werden muss. Devise: «es kommt etwas sehr Bedrohliches auf uns zu, wir haben die Gefahr aber erkannt und handeln entschieden und überlegt. Wir brauchen ein Zusammenkommen und Wirken von allen Kräften in der Gesellschaft. Dann werden wir die Gefahr noch abwenden». **Um die gesellschaftlichen Durchhaltekräfte zu mobilisieren, ist das Verschweigen des Wort Case keine Option**. Wer Gefahr abwenden will, muss sie kennen.

2. Modellrechnung zur Strategiefindung

Der wesentliche Grund, weshalb die große Gefahr, die durch COVID-19 ausgeht, bis vor kurzem nicht gesehen wurde, ist die Schwierigkeit, **exponentielles Wachstum** intuitiv zu verstehen. Eine **Modellierung** soll helfen, die Dynamik von COVID-19 zu verstehen. Hierzu müssen wir unter anderem die Ausbreitungsgeschwindigkeit und die Sterblichkeitsrate des Virus kennen. Seit Anfang des Ausbruchs in Wuhan (VR China) wurde die Sterblichkeitsrate des Virus immer wieder heruntergespielt mit dem Hinweis auf eine mögliche "Dunkelziffer". Asymptomatische und milde Fälle seien kaum getestet worden und würden daher die tatsächliche Sterblichkeitsrate noch verringern, wenn man diese unbekannten Fälle mit einberechnen würde. Dieses und andere Argumente haben lange zu einer Unterschätzung der Gefahr, die von dem Virus ausgeht, geführt. Erst die dramatische Lage in Italien hat teilweise zu einem Umdenken geführt, obwohl leider alle Indikatoren darauf hindeuten, dass dort der Höhepunkt der Neuansteckungen noch längst nicht erreicht ist. Falls nicht erfolgreiche Maßnahmen zum Eindämmen ergriffen werden, wird sich dort selbst in den jetzt schon am schwersten getroffenen Regionen die Lage voraussichtlich noch um mehr als eine Zehnerpotenz in Bezug auf die Anzahl Fälle und die Todesfälle verschlimmern.

Die Abschätzung der **Sterblichkeitsrate** kann am besten mit den Daten aus Südkorea geschehen. Dort wurden mit minimalen Ausgangsbeschränkungen, vor allem durch **effizientes Testen und Isolieren**, die verschiedenen Ausbrüche erfolgreich unter Kontrolle gebracht. Bei einer erheblichen Dunkelziffer von nicht gefundenen Fällen wäre dies nicht möglich gewesen. Es erging nie ein Aufruf zur Selbstisolierung bei milden Symptomen, der in der Grippesaison und bei einem Virus, das sehr lange ansteckend ist, auch nicht viel gebracht hätte. Auch wurden dort durch die systematische Kontaktsuche sehr viele Personen getestet, die überhaupt keine Symptome hatten. **Daher ist in Südkorea mit einer sehr kleinen Dunkelziffer zu rechnen**. Die Fallsterblichkeitsraten pro Altersgruppe können daher als gute Referenz betrachtet werden, die noch leicht hinaufzusetzen sind, da noch regelmäßig Todesfälle gemeldet werden, obwohl wenige neue Fälle hinzukommen. Diese Zahlen sind außerdem mit den Zahlen aus China außerhalb Hubei kohärent, wo noch viel intensiver getestet wurde. **Für die Verteilung der Fälle auf die verschiedenen Altersgruppen und die Alterspyramide in Südkorea erhält man eine mittlere Fallsterblichkeitsrate von momentan 1,1%. Angepasst an die Altersstruktur für Europa erhält man eine mittlere Fallsterblichkeitsrate von 1,8% bei bester Krankenhausversorgung.** Die Daten aus Südkorea sollten daher als Mindestwerte für die endgültige Fallsterblichkeitsrate angesehen werden, wenn ein Ausbruch abgeklungen und alle Infizierten geheilt oder tot sind. Während der exponentiellen Ausbreitung kann man von einer vorläufigen (englisch: naive) Fallsterblichkeitsrate von circa 1% ausgehen. Das RKI geht in einem sehr moderaten Szenario derzeit von einer Letalität von 0,56% aus.[1] In der weiteren Modellierung wird mit einer Fallsterblichkeit von 1,2% gearbeitet.

Wir gehen davon aus, dass 5% der infizierten Personen **hospitalisiert** werden müssen und davon wiederum 30% eine intensivmedizinische Betreuung und weitere 20% mindestens eine Beatmung mittels entsprechenden Gerätschaften benötigen. Das RKI geht von einer Hospitalisierungsrate von 4,5% aus, wovon 25% intensivpflichtig werden.[2] Darüber hinaus nehmen wir an, dass die Verweildauer auf der Intensivstation bei zehn Tagen liegt, wenn die Patienten so schnell wie möglich verlegt werden, um diese extrem knappe Ressource für die nächsten Patienten nutzen zu können. Für die Beatmung an einem Beatmungsgerät setzen wir neun Tage an und für Patienten, die einen Krankenhausaufenthalt ohne solche Unterstützungen benötigen, acht Tage. Die **Mortalitätsraten** werden je nach Be-

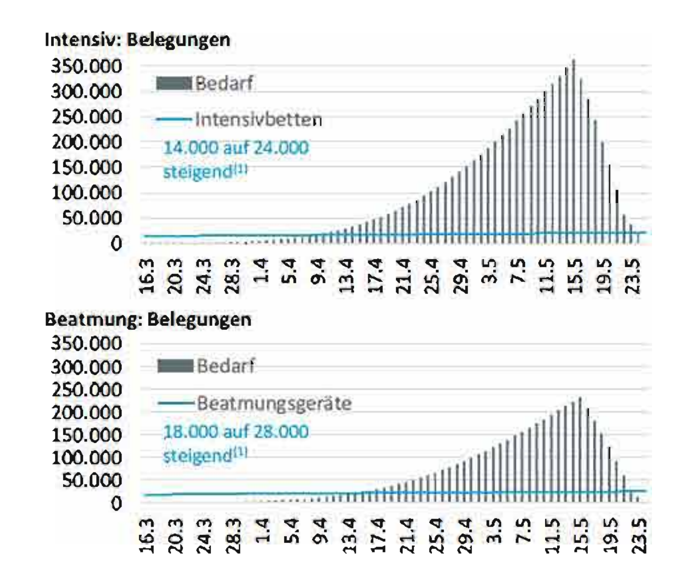
[1] https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Modellierung_Deutschland.html
[2] ebd

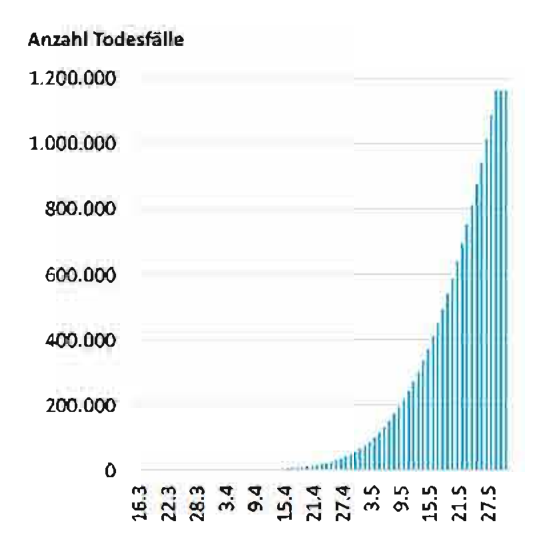
handlungsart differenziert. Bezogen auf die Gesamtzahl der Infizierten beträgt sie bei guter Krankenhausversorgung im Modell **1,2%** und bei Rationierung wegen nicht ausreichender Krankenhausversorgung **2,0%** – jeweils bezogen auf die Grundgesamtheit aller Infizierter.

Was die Kapazitäten der Krankenhausversorgung angeht, gehen wir davon aus, dass derzeit 14.000 Intensivbetten für mit COVID-19 infizierte Menschen zur Verfügung stehen. Weitere 14.000 stehen für Patienten mit anderen Krankheiten bereit. Diese könnten jedoch eventuell nicht ausreichen, um Notfälle (z.B. Herzinfarkte, Schlaganfälle, etc.) ausreichend zu versorgen. Ferner nehmen wir an, dass 18.000 Beatmungsgeräte für mit COVID-19 infizierte Menschen vorhanden sind und fast 300.000 Betten in Krankenhäusern und Reha-Kliniken. Außerdem unterstellen wir, dass es gelingt, diese Zahlen in den nächsten Wochen sukzessive zu erhöhen – auf dann 24.000 „freie" Intensivbetten, 28.000 Beatmungsgeräte und zusätzlich 60.000 Betten in Hotels und Messehallen.

Hinsichtlich der **Ausbreitungsgeschwindigkeit** scheint sich in Deutschland derzeit die Zahl der gemeldeten infizierten Fälle etwa alle drei Tage zu verdoppeln. Erste Maßnahmen zur Reduktion physischer Kontakte, wie zum Beispiel das Verbot von großen Veranstaltungen und die Minimierung der Reisetätigkeit, sollten dazu führen, die Zeitspanne bis zur Verdopplung der Zahl Infizierter zu verlängern. Im Worst Case Szenario gehen wir davon aus, dass sich die Verdopplungszeit bis zum 14. April von drei auf dann sechs Tage erhöht – und bis Ende April auf neun Tage. Unter diesen **Worst Case** Annahmen wird die Zahl der Infizierten trotzdem rasant zunehmen und schon relativ bald 70% der Bevölkerung ausmachen. Es ist daher mit einer massiven Überlastung des Gesundheitssystems zu rechnen (**Abbildung 1**). Über 80% der intensivpflichtigen Patienten müssten von den Krankenhäusern mangels Kapazitäten abgewiesen werden. Dabei ist berücksichtigt, dass in der nächsten Zeit zusätzliche Intensivbetten und Beatmungsgeräte zur Verfügung gestellt werden. Die Phase der Rationierung könnte zwei Monate andauern. In diesem Szenario wäre mit mehr als einer Million Todesfällen zu rechnen.

Abbildung 1: Szenario „Worst Case"



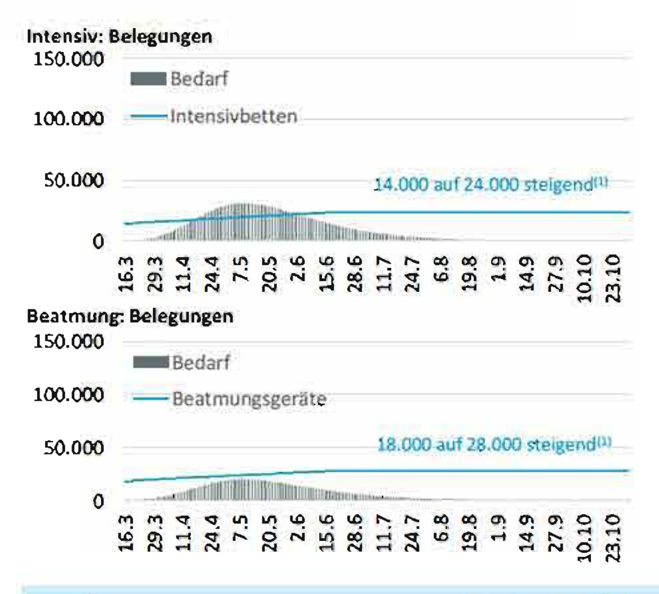


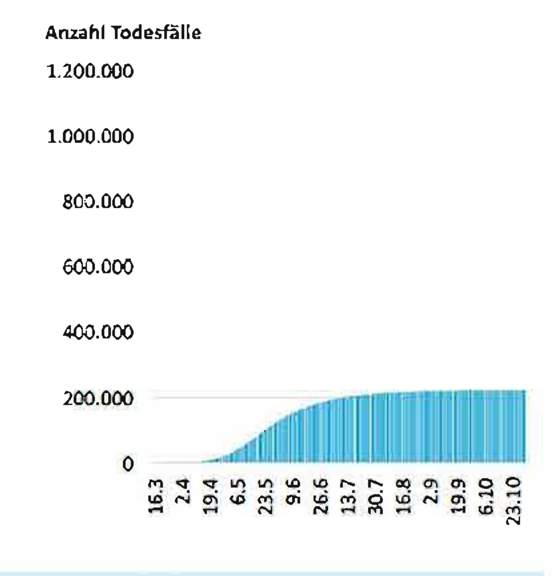
	Anzahl	Anteil Bevölk.	Anteil Infizierte
Insgesamt Infizierte	57.411.181	69,3%	
Todesfälle	1.159.441	1,40%	2,02%
Abklingen: unter 1.000 Neu-Infizierte ab		11.5	
Gesamtdauer ab 16.3. in Tagen		56	

	Höchste Auslastung	Rationierung Ab	Dauer (d)	Abzuweisen
Nur Hospital	132%	9.5	9	5%
Nur Beatmung	950%	14.4	39	74%
Intensiv	1768%	9.4	45	84%

Um diesen Worst Case zu vermeiden und zu einem positiveren **Dehnung Case** zu gelangen, müssen die Maßnahmen zur Reduktion physischer Kontakte viel weitreichender sein. Wenn es gelingt, schon bis Anfang April die Zeitspanne bis zur Verdopplung auf sechs Tage zu verlängern und in diesem Tempo weiter bis Mitte April auf neun Tage, kann es gelingen, die Kapazitäten des Gesundheitswesens deutlich weniger stark zu strapazieren. Gleichwohl erwarten wir hier eine **temporäre Überauslastung der Intensivkapazitäten**. Es müssten aber in der Summe „nur" rund 15% der intensivpflichtigen Patienten abgelehnt werden (**Abbildung 2**). Beatmungsgeräte stünden indessen stets ausreichend zur Verfügung. Diese Aussage gilt unter der Prämisse, dass weitere Geräte und Intensivbetten in den nächsten Tagen und Wochen zur Verfügung gestellt werden. **Durch diese zeitliche Dehnung wird jedoch der Ausnahmezustand deutlich länger anhalten als im oben genannten Worst Case**, im Modell **sieben Monate**. Nur etwa 20% der Bevölkerung wäre dann mit dem Virus infiziert. Die Zahl der Todesfälle würde sich auf etwa 220.000 belaufen. Die makroökonomischen Negativeffekte des **Dehnung Case** wären indessen von einem gewaltigen Ausmaß (siehe unten).

Abbildung 2: Szenario „Dehnung"



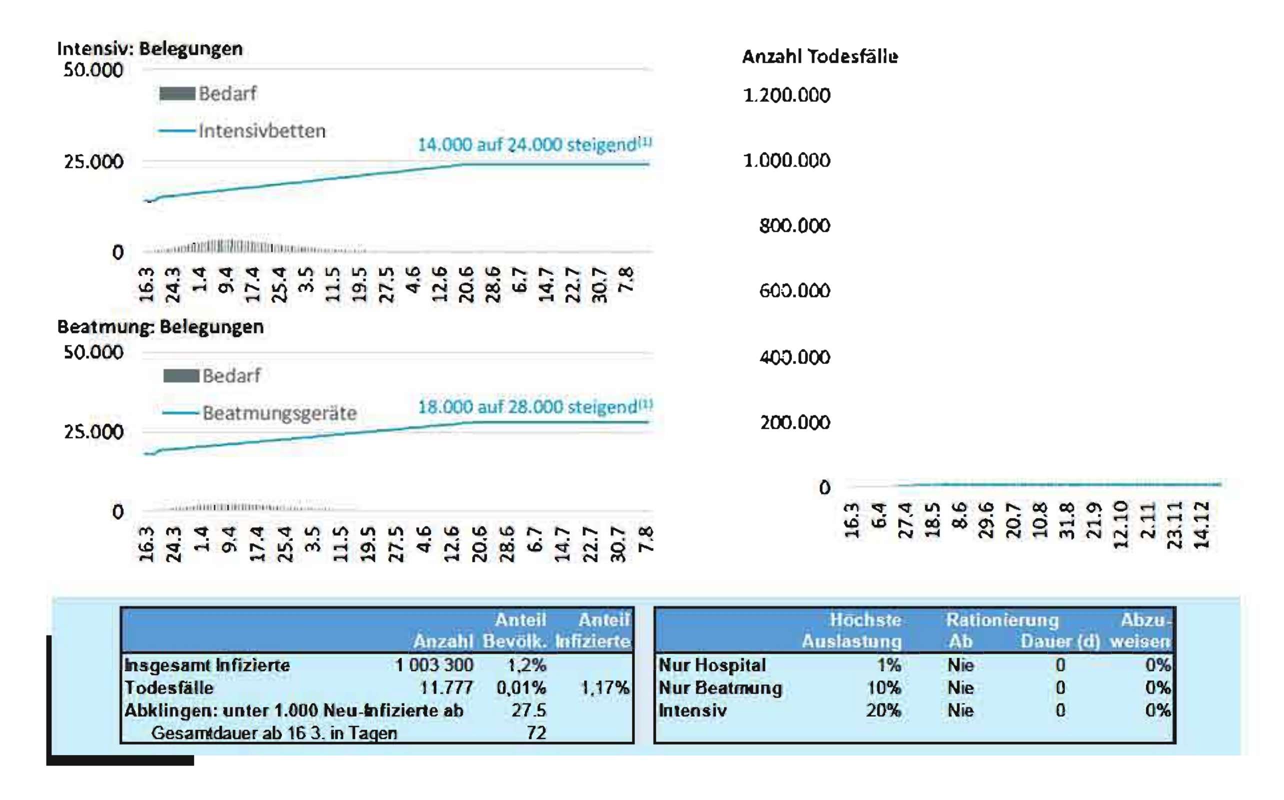


	Anzahl	Anteil Bevölk.	Anteil Infizierte
Insgesamt Infizierte	17.437.760	21,1%	
Todesfälle	221 914	0,27%	1,27%
Abklingen: unter 1.000 Neu-Infizierte ab		9.10	
Gesamtdauer ab 16 3. in Tagen		207	

	Höchste Auslastung	Rationierung Ab	Dauer (d)	Abzuweisen
Nur Hospital	11%	Nie	0	0%
Nur Beatmung	83%	Nie	0	0%
Intensiv	158%	17.4	46	16%

Schließlich betrachten wir das weiter unten geschilderte und international unter Experten meist diskutierte Szenario „Hammer and Dance" (**Abbildung 3**). Wenn es gelingen sollte, durch **umfangreiches Testen und Isolieren die Ausbreitung des Virus effektiv zu kontrollieren**, wären die Auswirkungen weitaus milder. Im vorliegenden Modell würden sich rund **eine Million Menschen** infizieren, aber nur etwa **12.000 versterben**. Die Mortalität läge also bei 1,2%. Insgesamt könnte dieser Zustand circa zwei Monate andauern. Da jedoch nur ein sehr kleiner Teil der Bevölkerung zumindest gegen das aktuell vorherrschenden Virus immunisiert wäre, müsste danach weiterhin kontinuierlich hohe Wachsamkeit bestehen bleiben.

Abbildung 3: Szenario „Hammer and Dance"



	Anzahl	Anteil Bevölk.	Anteil Infizierte
Insgesamt Infizierte	1 003 300	1,2%	
Todesfälle	11.777	0,01%	1,17%
Abklingen: unter 1.000 Neu-Infizierte ab		27.5	
Gesamtdauer ab 16 3. in Tagen		72	

	Höchste Auslastung	Rationierung Ab	Dauer (d)	Abzuweisen
Nur Hospital	1%	Nie	0	0%
Nur Beatmung	10%	Nie	0	0%
Intensiv	20%	Nie	0	0%

3. Wirtschaftliche und gesellschaftliche Folgen

Die deutsche Volkswirtschaft ist eine Hochleistungsmaschine, die Jahr um Jahr ein hohes Maß an materiellem Wohlstand und allen Bürgern zugänglichen öffentlichen Gütern wie einer umfassenden Gesundheitsversorgung und öffentlicher Sicherheit bereitstellt. Ihre Leistungsfähigkeit wird von einem hohen Maß an Arbeitsteilung innerhalb und außerhalb des Landes getragen. Die Voraussetzung dafür ist, dass der überwiegende Teil aller bestehenden Unternehmen und Arbeitnehmer einsatzfähig ist und die Integrität des Gesamtsystems nicht in Frage gestellt wird.

Genau dies macht die Volkswirtschaft auch so anfällig wie einen Hochleistungsmotor, denn nur das gleichzeitige Funktionieren all seiner Bestandteile wahrt die Funktionsfähigkeit des gesamten Systems. Man kann zwar im Normalbetrieb moderate konjunkturelle Schwankungen wirksam über die Zeit glätten, vor allem durch Systeme der sozialen Sicherung. So lange die Maschine mehr oder weniger auf Hochtouren läuft, sind kleine Störungen des Systems also kein ernsthaftes Problem. Jeder Arbeitstag mehr oder weniger übersetzt sich dann in der Endabrechnung in ein etwas größeres bzw. kleineres BIP. Diese „normale Welt" ist jetzt aber außer Kraft gesetzt, wir sind auf unbekanntem Terrain.

Sollten die hier vorgeschlagenen Maßnahmen zur Eindämmung und Kontrolle der Covid-19-Epidemie nicht greifen, könnten im Sinne einer „Kernschmelze" das gesamte System in Frage gestellt werden. Es droht, dass dies die Gemeinschaft in einen völlig anderen Grundzustand bis hin zur Anarchie verändert. Dementsprechend wäre es naiv, davon auszugehen, dass ein Rückgang des BIP um eine zweistellige Prozentzahl, etwa jenseits der 20%, eine lineare Fortschreibung der Verluste aus dem Fehlen einiger Arbeitstage bedeuten und ansonsten das Gesamtsystem nicht in Frage stellen würde. Aus diesem Grund ist die – alle anderen Überlegungen dominierende – Strategie der **Eindämmung** mit Vorkehrungen zu verbinden, um die ökonomischen Konsequenzen so gering wie möglich zu halten.

Unbedingte Voraussetzung dafür ist, dass die Strategie zur Eindämmung und Kontrolle von Covid-19 auch tatsächlich konsequent durchgesetzt wird. Denn ginge man zu zaghaft vor, würde ebenso die Überlastung der Kapazitäten der Gesundheitsversorgung drohen wie bei einer anfänglich erfolgreichen, dann aber zu früh gelockerten Strategie. Die einzige gangbare Möglichkeit dürfte daher die Einrichtung einer zweistufigen Strategie sein: Sie erfordert (i) die schnellstmöglich umgesetzte, **strikte Unterdrückung der Neuansteckungen** setzt, bis die Reproduktionsrate in der Nähe von 1 ist, und (ii) schließt ein umfassendes und konsequentes System des **individuellen Testens und Isolierens der identifizierten Fälle** an.

Das würde dem Rest der Volkswirtschaft wieder eine rasche Rückkehr in annähernden Normalbetrieb erlauben und die Aussicht eröffnen, dass diese Krise nicht größer wird als die Wirtschafts- und Finanzkrise 2009. Es wäre natürlich am besten, könnte man diese zweite Stufe sofort einleiten und so volkswirtschaftliche Verluste vermeiden. Aber das ist nicht möglich, die **Testkapazitäten** müssen erst **aufgebaut** werden. So lange das nicht geschehen ist, bleibt nur der „Holzhammer" („The Hammer") der starken sozialen Distanzierung, ungeachtet des genauen Infektionszustands aller Betroffenen.

Die Zeit, die mit dieser ersten Stufe gekauft wird, muss rigoros für die Entwicklung der Teststrategie für die zweite Stufe verknüpft werden. Aus ökonomischer Sicht gilt es, während dieser Zeit Haushalten und Unternehmen akute Unterstützungsleistungen zu gewähren und die Basis dafür zu schaffen, dass beim Einstieg in die zweite Stufe die Voraussetzungen für einen Neustart der wirtschaftlichen Aktivitäten vorhanden sind.

Die Bereitstellung umfangreicher finanzieller Mittel für den Finanzsektor kann dabei nur ein Teil der wirtschaftspolitischen Weichenstellungen sein. Denn verschiedene Faktoren machen die aktuelle Krise (auch bei vergleichbaren Schrumpfungsraten) gravierender als die Wirtschaftskrise 2009. Die damalige Krise ging vom Finanzsektor aus und traf insbesondere die Industrie. Die COVID-19-Krise greift breiter in das Wirtschaftsleben ein, trifft ebenso Dienstleister und wird damit stärker auf den Arbeitsmarkt wirken. Gleichzeitig konnten die Stabilisierungsmaßnahmen 2009 auf den Finanzsektor als systemrelevantes Schlüsselelement konzentriert werden. Eine solche „Quarantäne" eines Sektors ist bei COVID-19 unmöglich**. Selbst bei vergleichbaren Schrumpfungsraten wird die COVID-19 -Krise breiter, tiefgreifender und länger sein als die Finanzkrise.**

Szenarien wirtschaftlicher Entwicklungen

Diese Schlussfolgerung lässt sich bereits anhand grober Überschlagsrechnungen illustrieren, die vielfältige Anpassungsprozesse und Komplikationen außer Acht lassen. Die hier vorgelegten Abschätzungen beruhen auf VGR-basierten Bottom-up-Schätzungen zur Bedeutung der Krise für die unterschiedlichen Wirtschaftsbereiche. Es wird hier bewusst keine makroökonomische Modellierung angestrebt, da deren Funktionalität angesichts der erheblichen und vor allem dynamischen Veränderungen zahlreicher Variablen für die gegenwärtige Situation zweifelhaft ist. Die ermittelten Werte für die Entwicklung von BIP und Wertschöpfung der Industrie basieren auf zahlreichen Setzungen und Annahmen. Jede für sich ist angreifbar, aber sie dienen zur Ermittlung eines ersten Gesamtbildes in verschiedenen Szenarien. Die Setzungen sind eher konservativ, bilden also eher die obere Mitte der möglichen Entwicklungen ab und sind keine Worst-Case-Szenarien.

Entscheidend ist: Die Szenarien unterscheiden sich nicht oder nur mittelbar nach der Ausbreitung der Virusinfektion in Deutschland, sondern nach den politisch durchgesetzten und medizinisch notwendigen Reaktionen darauf. Die Dauer der Unterbrechung normaler Arbeitsteilung und Marktprozesse (hier national) ist dafür die maßgebliche Einflussgröße.

Szenario 1: „Schnelle Kontrolle"

Das erste Szenario geht davon aus, dass die Ausbreitung der Epidemie nach einer ersten Periode der Ausgangsbeschränkungen gebremst werden kann und die Fallzahlen innerhalb von sechs Wochen deutlich heruntergehen. Dies entspricht einem Zeitraum bis zum Ende der Osterferien und gleicht damit weitgehend dem gegenwärtigen Status-Quo, ggf. ergänzt um die Durchsetzung von Versammlungsverboten. Eine weitere Einschränkung durch Ausgangsbeschränkungen ist hier nicht unterstellt. Mit Blick auf die wirtschaftlichen Konsequenzen aber auch die sozialen Ungleichheitsfolgen eines länger anhaltenden Homeschooling erscheint dringend geboten, nach den Osterferien die Kindergärten und Schulen wieder in den Normalbetrieb zu überführen. Im weiteren Verlauf wird die Infektion durch intensives Testen, Nachverfolgung und Isolation, ggf. Verbot von Großveranstaltungen oder punktuellen Eingriffen kontrolliert. Das gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben kehrt weitgehend zurück zur Normalität. Dieses Szenario entspricht den positiven Erfahrungen aus Ostasien.

Nach der Phase der Ausgangsbeschränkungen von 1,5 Monaten wird für wesentliche Industriebranchen mit einem weiteren Monat massiver Störungen durch geschlossene Grenzen und damit verbunden unterbrochene Lieferketten ausgegangen. Damit wird unterstellt, dass die Pandemie zumindest in Europa ein vergleichbares Zeitprofil aufweist; besondere Unsicherheiten begründet die Entwicklung in USA, dorthin sind aber die Vorleistungsabhängigkeiten geringer.

Auf die Phasen des Einbruchs folgen zwei Monate mit verminderten Störungen, in denen die wirtschaftliche Tätigkeit schrittweise wieder zur Normalität übergeht. Für weitere drei Monate werden

Nachholeffekte berücksichtigt, die in jedem dieser Monate ein Drittel der in einem Krisenmonat verlorenen Wirtschaftsleitung ausgleichen.

Dieses Szenario kommt zu einem Einbruch des BIP um 4 Prozent gegenüber dem Referenzszenario und ist als wirtschaftlicher Best-Case anzusehen. Für die Industrie bedeutet dies ein Minus von 9 Prozent. Zum Vergleich: In der Weltwirtschaftskrise 2009 ist das BIP um 6 Prozent gefallen, die Wertschöpfung der Industrie um 19 Prozent. Auf den Staatshaushalt kämen Mehrausgaben und Mindereinnahmen in einer Größenordnung von 80 Mrd. Euro zu. Die hier unterstellten Entwicklungen führen also zu einem etwas schwächeren Rückgang des BIP als 2009, der Dienstleistungssektor wäre hingegen stärker betroffen. Die darin enthaltenen Abwärtsrisiken machen aber plausibel, von einer im Großen und Ganzen mit der Weltwirtschaftskrise vergleichbaren Abwärtsdynamik auszugehen.

Szenario 2: „Rückkehr der Krise“

Das zweite Szenario unterstellt, dass es mit Ausgangsbeschränkungen von zwei Monaten gelingt, die Verbreitung der Infektion massiv einzudämmen. Anschließend ist ein weitgehend normales Wirtschaftsleben möglich. Allerdings kommt es in der zweiten Jahreshälfte zu einer Wiederkehr der Epidemie in nicht weniger dramatischen Dimensionen. Auch für das folgende Jahr ist mit solch einer Entwicklung zu rechnen.

Die wirtschaftliche Aktivität würde in den Monaten der Ausgangsbeschränkungen erheblich reduziert sein, sich in den beiden Folgemonaten schrittweise wieder auf Normalmaß zurückbewegen. Aufgrund des erwarteten erneuten Ausbruchs der Krankheit kommt es nicht zu Nachholeffekten. Im Herbst werden ebenfalls zwei Monate mit Ausgangsbeschränkungen und zwei der Erholung unterstellt.

Für die Gesamtwirtschaft bedeutet dieses Szenario einen Rückgang von 11 Prozent, für die Industrie ein Minus von 19 Prozent. In der Industrie ähnelt dies damit der Krise von 2009, im Service-Sektor ist der Rückgang erheblich ausgeprägter. Allerdings ist dieses Szenario deshalb deutlich kritischer als die Krise von 2009, weil hier auch für das nächste Jahr mit einer doppelten Infektionswelle zu rechnen wäre. Die Krise würde also doppelt so lange dauern, was nicht vergleichbar mit 2009 und dem folgenden Aufschwungsjahr 2010 wäre.

Szenario 3: „langes Leiden “

Das dritte Szenario geht davon aus, dass ein schnelles Eindämmen der Epidemie nicht gelingt. Ausgangsbeschränkungen von vier Monaten sind notwendig, also bis zu den Sommerferien Mitte Juli. Anschließend werden keine nennenswerten Einschränkungen für das wirtschaftliche Leben vorgenommen. Entsprechend wird eine deutlich gedämpfte wirtschaftliche Aktivität für vier Monate und eine Rückkehr zur Normalität in weiteren zwei Monaten unterstellt. In drei weiteren Monaten gibt es Nachholeffekte, aber aufgrund der Krisenerfahrung und der hohen Unsicherheit nur in geringerem Ausmaß.

Für die Gesamtwirtschaft ist hier ein Rückgang von 9 Prozent zu erwarten, für die Industrie von 15 Prozent. Dabei dürfte dies eher eine optimistische Annahme sein. Nicht berücksichtigt sind hier mögliche sich selbst verstärkende Effekte, die mit der langen Zeit der Krise auftreten. Wenn eine systematische Abwärtsspirale entsteht, nicht nur ein Einbruch auf ein dann vier Monate stabiles niedrigeres Niveau, sind hier tiefere Einschnitte zu befürchten, dies gilt auch bei einer weiteren Verlängerung.

Szenario 4: „Abgrund“

Das vierte Szenario unterstellt eine unkontrollierte und unkontrollierbare Entwicklung. Eine Eindämmung der Virusepidemie gelingt nicht. Ausgangsbeschränkungen werden für den Rest des Jahres festgeschrieben. Dies bedeutet eine dauerhafte Reduktion der wirtschaftlichen Aktivität auf ein niedrigeres Niveau. Unterstellt ist eine weitere Verringerung der Wirtschaftsleistung nach vier Monaten mit Ausgangsbeschränkungen.

In dieser Situation würde das BIP um 32 Prozent einbrechen, die Industrie um 47 Prozent. Bei weiteren sich verstärkenden Zweitrundeneffekten und sich festsetzenden Negativerwartungen wäre eine beschleunigte Abwärtsdynamik nicht auszuschließen. Dieses Szenario kommt einem wirtschaftlichen Zusammenbruch gleich, dessen gesellschaftlichen und politischen Konsequenzen kaum vorstellbar sind.

Bewertung

Die Abschätzungen zeigen bei allen Unsicherheiten, dass unter allen Umständen auf Szenario 1 („Schnelle Kontrolle“) hingearbeitet werden muss. Szenario 4 („Abgrund“) wäre eine unvorstellbare wirtschaftliche Katastrophe, die gesellschaftlich zu kaum vorstellbaren Konsequenzen führen würde. Vermutlich würde eher die Behandlung der Erkrankten infrage gestellt, als das eine dauerhafte Stilllegung des Landes hingenommen würde. Szenario 3 („langes Leiden“) droht bei einer immer weiteren Verlängerung der Ausgangsbeschränkungen zu einer solchen zu werden und sich in Szenario 4 („Abgrund“) zu verwandeln. Auf diesem Weg ist nie klar, ob er in den Abgrund führt – dies wird negative Dynamiken freisetzen, die Abwärtsentwicklungen beschleunigen. Szenario 2 („Rückkehr der Krise“) stellt eine starke Schrumpfung ohne Rückkehr in Richtung des alten Niveaus im nächsten Jahr dar.

Szenario 1 **(„Schnelle Kontrolle“**) gibt die Chance, mit einer wirtschaftlichen Bilanz aus der Krise zu kommen, die der Weltwirtschaftskrise 2009 ähnelt. Dies ist schlimm genug, wäre aber ein Hoffnungsschimmer. Entscheidend ist, dass es zum einen gelingt, die exponentielle Verbreitung des Virus zu stoppen und die Ansteckungsrate (R0) vor Ostern auf unter 1 zu senken. Zum anderen muss es gelingen, durch Eingriffe, die das wirtschaftliche und gesellschaftliche Leben in Deutschland nicht zerstören, eine Rückkehr zu unkontrollierten Ansteckungswellen zu verhindern. Dazu muss die Ansteckungsrate maximal bei ca. 1 gehalten werden. Hierzu kann ein umfassendes Testen, die Identifikation von Kontaktpersonen über elektronische Bewegungsprofile, die Isolation von Erkrankten und Verdachtsfällen, ggf. die Unterbindung von Großveranstaltungen oder Zugangsbeschränkungen für Alteneinrichtungen beitragen. Dauerhafte oder auch nur längere Ausgangsbeschränkungen müssen hingegen vermieden werden.

Notwendige wirtschaftspolitische Maßnahmen

Phase I der COVID-19-Bekämpfung wurde spätestens mit den teilweisen Ausgangsbeschränkungen ab dem 16. März 2020 mit Schulschließungen, Mobilitätseinschränkungen, Geschäftsschließungen, Büro- und Produktionsschließungen etc. eingeleitet und durch Versammlungsverbote etc. verschärft. Um nach dem Ende der Ausgangsbeschränkungen (Phase II) die Neuerkrankungsrate zu senken und dann auf einem stabilen Niveau zu halten, damit ein erneuter unkontrollierter Ausbruch verhindert werden kann, sind umfangreiche gesundheitspolitische Maßnahmen notwendig (vgl. Abschnitt 4). Diese Maßnahmen und dafür notwendigen Strukturen müssen kurzfristig realisiert und aufgebaut werden, um nach den Osterferien in glaubwürdig in Phase II eintreten zu können. **Nur mit einem absehbaren Ende der Ausgangsbeschränkungen kann eine Rückkehr zum bisherigen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Leben gewährleistet werden.**

Um die wirtschaftlichen Schäden darüber hinaus zu begrenzen, sind folgende wirtschaftspolitische Maßnahmen erforderlich, teilweise auch bereits beschlossen:

- Ausweitung der Kurzarbeit zur Begrenzung der Arbeitslosigkeit wie in der Finanzkrise 2009/10 ist bereits beschlossen. Das reduziert auch die Solvenzrisiken der Unternehmen.
- Liquiditätshilfen zur Sicherung der kurzfristigen Überlebensfähigkeit der betroffenen Unternehmen über Förderbanken (Kredithilfen) und Steuerstundungen wie bereits beschlossen.
- Direkte Unternehmenstransfers, zeitlich befristet für Unternehmen, die gleichzeitig im Angebotsschock und Nachfrageschock feststecken und die jenseits der Liquiditätsprobleme durch die COVID-19-Krise wirtschaftlich existenziell getroffen sind.
- Beteiligung an Unternehmen durch einen Staatsfonds: Der jetzt projektierte Wirtschaftsstabilisierungsfonds sollte dafür auch die Kapitalbeteiligung an großen Unternehmen vorsehen. Die staatliche Beteiligung muss mit einer klaren Perspektive des Ausstiegs nach der Krise versehen werden. Auf Ebene der Bundesländer liegt die Zuständigkeit für die Kleingewerbetriebenden, allein wegen der Nähe und der administrativen Vorteile.
- Steuerliche Entlastungen, um massive Verluste durch die wirtschaftliche Krise zu begrenzen. Hier liegen Chancen für einen positiven Impuls aus der Krise heraus, der auch als Startschuss für einen erneuten Aufschwung gesehen werden kann.
- Stabilisierung der Kommunalfinanzen, die durch Mehrausgaben im Zuge des öffentlichen Stillstands und den erwartbaren Einbruch der Gewerbesteuer massiv unter Druck geraten werden. Hier müssen die Bundesländer ihrer Verantwortung nachkommen.
- Konjunkturelle Maßnahmen nach Ende der Krise, wenn nachfrageseitige Impulse notwendig sind.

Eine besondere wirtschaftspolitische Herausforderung dürfte darin bestehen, dass der Exit aus dem Krisenmodus mit weitgehendem Stillstand des öffentlichen Lebens die verschiedenen Branchen unterschiedlich fordert.

- Wenn nach Ostern die Einschränkungen des öffentlichen Lebens sukzessive aufgehoben werden können, dürften die Konsumbereiche schnell wieder reaktiviert werden. Die Menschen wollen und können konsumieren. Die staatliche Hilfe bliebe in den meisten Fällen auf Liquiditätsüberbrückung plus einmalige Transfers begrenzt.
- In vielen, vor allem unternehmensnahen Dienstleistungsbereichen, könnte die Geschäftstätigkeit dann ebenfalls wieder anlaufen, z.B. Wirtschaftsprüfer, Inspektion, Autoservice. Bei verschiebbaren Leistungen wie z.B. Bauleistungen ist die Erwartung einer nachhaltigen Stabilisierung entscheidend.
- Die international tätigen Unternehmen sind in der Krisenphase sowohl durch fehlende Zulieferung, insbesondere aus dem Ausland, als auch durch die Nichtverfügbarkeit von Arbeitskräften beschränkt. Letzteres wird sich entspannen, wenn die Schulen und Kitas wieder öffnen, für Ersteres kann nur durch die Verfügbarkeit der Transportkapazitäten etc. auf nationaler Ebene ein Beitrag geleistet werden. Die Asymmetrie mit Blick auf die Zeitprofile der Wirtschaftskrise in anderen Volkswirtschaften bleibt eine anhaltende Belastung für eine international verflochtene Volkswirtschaft wie die deutsche. Hier sind die Unternehmen in ihrer Anpassungsflexibilität gefragt. Das würde aber auch bedeuten, dass die international tätigen Unternehmen länger auf wirtschaftspolitische Unterstützung angewiesen sein können (beispielsweise durch Kapitalbeteiligungen).

Gerade vor diesem Hintergrund darf die wirtschaftspolitische Antwort auf die aktuelle Krise nicht rein national bleiben. Ebenso reicht es nicht aus, die Verantwortung für die europäische Dimension der wirtschaftspolitischen Antwort allein der Europäischen Zentralbank (EZB) zu überlassen. Vielmehr bedarf es einer koordinierten fiskalischen Strategie auf europäischer Ebene. Diese Anstrengungen müssen die finanzielle Unterstützung für andere Länder der EU einschließen, die sonst durch die Eindämmung der Krise finanziell überlastet wären (insb. Italien). Neben das PEPP der EZB sind daher weitere Instrumente zu setzen, etwa bestehende oder neu einzurichtende Kreditlinien des Europäischen Stabilitätsmechanismus ESM oder COVID-19-Gemeinschaftsanleihen. Die Diskussion um die konkreten Instrumente sollte nicht den Blick auf die Notwenigkeit einer koordinierten fiskalischen Strategie verstellen.

4. Schlussfolgerungen für Maßnahmen und offene Kommunikation

4 a. Worst case verdeutlichen!

Wir müssen wegkommen von einer Kommunikation, die auf die Fallsterblichkeitsrate zentriert ist. Bei einer prozentual unerheblich klingenden Fallsterblichkeitsrate, die vor allem die Älteren betrifft, denken sich viele dann unbewusst und uneingestanden: «Naja, so werden wir die Alten los, die unsere Wirtschaft nach unten ziehen, wir sind sowieso schon zu viele auf der Erde, und mit ein bisschen Glück erbe ich so schon ein bisschen früher». Diese Mechanismen haben in der Vergangenheit sicher zur Verharmlosung der Epidemie beigetragen.

Um die gewünschte Schockwirkung zu erzielen, müssen die konkreten Auswirkungen einer Durchseuchung auf die menschliche Gesellschaft verdeutlicht werden:

1) Viele Schwerkranke werden von ihren Angehörigen ins Krankenhaus gebracht, aber abgewiesen, und sterben qualvoll um Luft ringend zu Hause. Das Ersticken oder nicht genug Luft kriegen ist für jeden Menschen eine Urangst. Die Situation, in der man nichts tun kann, um in Lebensgefahr schwebenden Angehörigen zu helfen, ebenfalls. Die Bilder aus Italien sind verstörend.
2) "Kinder werden kaum unter der Epidemie leiden": Falsch. Kinder werden sich leicht anstecken, selbst bei Ausgangsbeschränkungen, z.B. bei den Nachbarskindern. Wenn sie dann ihre Eltern anstecken, und einer davon qualvoll zu Hause stirbt und sie das Gefühl haben, Schuld daran zu sein, weil sie z.B. vergessen haben, sich nach dem Spielen die Hände zu waschen, ist es das Schrecklichste, was ein Kind je erleben kann.
3) Folgeschäden: Auch wenn wir bisher nur Berichte über einzelne Fälle haben, zeichnen sie doch ein alarmierendes Bild. Selbst anscheinend Geheilte nach einem milden Verlauf können anscheinend jederzeit Rückfälle erleben, die dann ganz plötzlich tödlich enden, durch Herzinfarkt oder Lungenversagen, weil das Virus unbemerkt den Weg in die Lunge oder das Herz gefunden hat. Dies mögen Einzelfälle sein, werden aber ständig wie ein Damoklesschwert über denjenigen schweben, die einmal infiziert waren. Eine viel häufigere Folge ist monate- und wahrscheinlich jahrelang anhaltende Müdigkeit und reduzierte Lungenkapazität, wie dies schon oft von SARS-Überlebenden berichtet wurde und auch jetzt bei COVID-19 der Fall ist, obwohl die Dauer natürlich noch nicht abgeschätzt werden kann.

Ausserdem sollte auch historisch argumentiert werden, nach der mathematischen Formel:

2019 = 1919 + 1929

Man braucht sich nur die oben dargestellten Zahlen zu veranschaulichen bezüglich der anzunehmenden Sterblichkeitsrate (mehr als 1% bei optimaler Gesundheitsversorgung, also weit über 3% durch Überlastung bei Durchseuchung), im Vergleich zu 2% bei der Spanischen Grippe, und bezüglich der zu erwartenden Wirtschaftskrise bei Scheitern der Eindämmung, dann wird diese Formel jedem einleuchten.

4 b. „Worst Case Vermeidung" als strategisches Ziel für D und EU ausgeben

Es dürfte allen klar sein, dass einzelne Länder in der EU kaum allein erfolgreich sein können im Kampf gegen das Virus. Der wirtschaftliche und menschliche Austausch ist viel zu eng. Politische Schockwellen kennen keine Grenzen. Eine Kernschmelze in einem einzigen EU-Mitgliedstaat würde weitläufige Auswirkungen haben. Deshalb ist eine aktive Rolle der EU hier mehr gefragt denn je. Deutschland kann hier nicht nur politisch, sondern auch organisatorisch und industriell eine Vorreiterrolle übernehmen, sowohl bei der Eindämmung der Epidemie (Produktion/Beschaffung von Testkits und PCR-Maschinen, Entwicklung von mobilen Teststationen) als auch bei Massnahmen zur Mobilisierung der Gesellschaft zur Abfederung der sozialen und politischen Konsequenzen.

4 c. Maßnahmenplanung der Bevölkerung vermitteln

4 c 1 Testkapazität hoch

Die bei weitem wichtigste Massnahme gegen ein Virus wie SARS-CoV-2 ist das Testen und Isolieren der infizierten Personen. Getestet werden sollten sowohl Personen mit Eigenverdacht als auch der gesamte Kreis der Kontaktpersonen von positiv getesteten Personen. Bei ungenügender Testkapazität kann man das Testen einschränken auf Patienten mit schwerer Lungenentzündung und post mortem bei allen Verdachtsfällen, um wenigstens die Anzahl Tote genau bestimmen zu können. Jeglichem Verzicht auf Testen führt jedoch mit Sicherheit zu einer schnelle exponentiellen Verbreitung des Virus.

Die anzustrebende Testkapazität (hier unter Annahme von gleichzeitigen scharfen Ausgangsbeschränkungen über mehrere Wochen) kann mit Faustregeln ermittelt werden (provisorische Erkenntnisse, müssen verfeinert werden). In der exponentiellen Phase kann man in europäischen Ländern von einer vorläufigen (naive) Fallsterblichkeitsrate (Tote geteilt durch bestätigte Fälle) von 1% ausgehen, wenn ein Grossteil aller Fälle durch Testen gefunden wird. Wenn die Fallsterblichkeit unter diesem Wert liegt, muss davon ausgegangen werden, dass die Anzahl der Toten nicht richtig gezählt wird. Wenn die Fallsterblichkeit darüber liegt, Tote * 100, so viele Fälle müssten wir finden. Um sie zu finden, braucht man unter sehr guten Bedingungen 20* mehr Tests als die Anzahl Fälle, die man finden möchte. Rechenbeispiel Deutschland Ende März: wir schätzen, die tatsächliche Anzahl der Toten liegt bei 500-1000 (stark underreported). Das bedeutet, dass 50.000 bis 100.000 Fälle gefunden werden müssten. Wenn man einen Grossteil davon finden will, braucht man also z.B. 100.000 bis 200.000 Tests pro Tag im Verlauf von 10 Tagen, oder die Hälfte davon während 20 Tagen (wodurch der Zeitraum mit Ausgangsbeschränkungen aber länger wird und das Risiko eines Scheiterns grösser).

Sobald die geschätzte nötige Testkapazität erreicht ist, wird die Anzahl neu gefundener Fälle pro Tag zunächst hochschnellen. Wenn die Schätzung richtig war, kommt sie nach der Zeitspanne (z.B. nach 10 Tagen) wieder herunter. Wenn nicht, war die nötige Testkapazität unterschätzt und muss dringend hinaufgeschraubt werden, um das gewünschte Ergebnis zu erzielen.

Das Testen erfordert innovative Lösungen, um sowohl die Auswertung im Labor also auch das Sammeln der Rachenabstriche weniger aufwendig zu gestalten. Der Schutz der Personen in Kontakt mit potentiell infizierten Personen ist extrem wichtig. Dies wurde in Südkorea mit drive-in und Telefon-

zellen-Teststationen erreicht, wo die Rachenabstriche von den zu testenden Personen selber ausgeführt werden, ohne direktem Kontakt mit dem Testpersonal. Um an die Bevölkerung ein positives Signal auszusenden und um das Problem der Zufahrt zu den Teststationen zu lösen, vor allem für Personen ohne eigenes Auto, könnten auch mobile Teststationen in der Form von Lieferwagen entwickelt werden. Überdruck im Wageninneren (durch Luftfilter oder provisorisch durch Druckluftflaschen) vermeidet das Eindringen von Viren. Die Rachenabstriche werden in einer Laborkapelle eingetütet, versiegelt, mit Alkohol desinfiziert und gelagert, wobei alle Handlungen durch Gummihandschuhe ausgeführt werden. So kann ausserdem ein Zugehen auf die Bevölkerung signalisiert und Präsenz in allen Vierteln markiert werden.

Das massive Testen muss durch eine effiziente Kontaktsuche von positiv getesteten Personen unterstützt werden, wobei ein Teil von Hand erfolgen kann nach dem Verfahren, dass das RKI schon vorschlägt ("Mit wem waren Sie seit fünf Tage vor Anfang der Symptome in Kontakt?"). Um das Testen schneller und effizienter zu machen, ist längerfristig der Einsatz von B**ig Data** und L**ocation Tracking** unumgänglich.

Alle positiv getesteten Personen müssen isoliert werden, sei es zu Hause oder in einer Quarantäneanlage; dies muss noch genauer abgeklärt werden. Selbst Einzelquarantäne zu Hause (ohne Mitbewohner) kann bei unsachgerechter Handhabung leicht zu weiteren Infektionen im gleichen Wohnblock führen.

Sobald diese Massnahmen einmal eingespielt sind, können sie relativ kostengünstig über mehrere Jahre hinaus die wahrscheinlich immer wieder aufflackernden kleinen Ausbrüche sofort eindämmen.

4 c 2 Sozialkontakte absenken

Unterstützend zu massivem Testen und vor allem bei relativ grossen Fallzahlen (mehr als ein paar Dutzend pro Tag) oder wenn die Testkapazität nicht schnell genug hochgefahren werden kann, werden Massnahmen zur „sozialen Distanzierung“ benötigt: Heimarbeit, Verbieten von Massenanlässen in Sport und Kultur, Schliessung der Schulen und Universitäten, Schliessung von selbst kleinen sozialen Anlässen wie Sportclubs, Schliessung von Restaurants und Bars, Schliessung von allen nicht lebenswichtigen Läden, bis hin zur Schliessung von allen nicht lebenswichtigen Betrieben.

Die Auswirkungen jeder Massnahme kann jeder selber abschätzen: es geht darum, die Ansteckungsmöglichkeiten zu reduzieren. Wenn es in einer Grossstadt ab und zu Fussballspiele mit 50.000 Teilnehmern gibt, aber in den öffentlichen Verkehrsmitteln täglich Millionen sich begegnen, ist die Schliessung von Fussballspielen kaum mehr als symbolisch, vor allem bei einem Virus, das kaum weiter als über eine Distanz von 2 Metern ansteckend ist.

In der jetzigen Phase der Epidemie können wir (hoffentlich) davon ausgehen, dass die Testkapazität sehr schnell hochgefahren werden kann. Davon ausgehend ist es besser, eine sehr scharfe, aber kurze Periode der Ausgangsbeschränkungen zu haben, nur bis die Massnahmen zu Testen und Isolieren greifen. Eine längere Periode der Ausgangsbeschränkungen ist weder wirtschaftlich noch sozial aufrecht zu erhalten.

Ein wahrscheinlich plausibler, aber optimistischer Zeitplan für Deutschland in den nächsten Wochen könnte so aussehen: bestehend aus einer Kombination von Testen und Isolieren mit begleitendem scharfer, aber kurzer Ausgangsbeschränkung. Der Reproduktionsfaktor bei generation=4 gibt an, wie schnell sich das Virus ausbreitet: R=2.2: ungebremstes exponentielles Ausbreiten (*2.2. alle vier Tage); R=1: lineare Ausbreitung. R<1: Rückgang der Epidemie.

Erste vorsichtige Schätzung des Verlaufs der Eindämmungsstrategie gegen Covid-19

Zeitrahmen	Reproduktionsfaktor	Massnahmen
Vor 16. März	R=2.2	nur sehr lockere Präventivmassnahmen
Ab 16. März	R=1.6	Schulschliessungen, Social Distancing
Ab 23. März	R=1.2	Umfassende und striktere Ausgangsbeschränkungen
Ab 6. April	R=0.8	Testkapazität massiv hochgefahren auf 50.000 pro Tag
Ab 13. April	R=0.5	Testkapazität auf 100.000 pro Tag
Ab 20. April	R=0.8	Schrittweise Lockerung der Ausgangsbeschränkungen; Wiederaufnahme des Schulbetriebes, sobald dies ohne erneutes Aufflammen der Epidemie möglich ist
Ab 27. April	R=0.5	Testkapazität auf 200.000 pro Tag, effiziente und gut eingespielte Kontaktsuche von Hand und durch Big Data (Location Tracking usw.)

*Die Angaben zu R in dieser Tabelle sind geschätzte Werte basierend auf Beobachtungsdaten von allen Ländern, über die verlässliche Daten vorliegen, sowie aus Fachpublikationen. Bei einer Modellierung des Verlaufs der Epidemie sind diese Werte Input-Parameter. Simulationen können den Wert R und seine Veränderung während der Epidemie nicht genauer bestimmen, sie bleiben immer Ausgangsannahmen.

Bezüglich der Zahl täglich neu gefundenen Fälle erwarten wir, dass sie erst ab 13. April oder vielleicht sogar ab 20. April sinken wird (anscheinender Inflexionspunkt), da wir ein grosses Backlog an noch nicht gefundenen Fällen haben, dass bei Hochfahren der Testkapazität erst langsam aufgearbeitet werden muss. Den tatsächlichen Inflexionspunkt der Infektionen erwarten wir am 6. April.

4 c 3 Betten und Sauerstoffkapazität hochfahren

Selbst bei einem erfolgreichen Eindämmen der Epidemie kann die vorhandene Kapazität für die nötige Krankenhauspflege leicht überfordert werden. Dabei sollten sich die Anstrengungen nicht auf das abstrakte Konzept der "Betten auf der Intensivstation" konzentrieren, sondern auf die spezifisch nötige Infrastruktur, insbesondere auf die Sauerstoffversorgung und die Anzahl der Beatmungsgeräte sowie die entsprechende Personalausstattung. Der Höhepunkt des entsprechenden Bedarfs wird erst ca. drei Wochen nach Erreichen des Höhepunkts der Neuinfektionen erreicht.

4 c 4 Gemeinsam distanziert: Gesellschaftliche Trägerschaft der Covid-19 Eindämmung durch deutschlandweite und transparente Aufklärungs- und Mobilisierungskampagne

Die gegenwärtige Krise durch COVID-19 hat das Potential das Vertrauen in die demokratischen Institutionen in Deutschland nachhaltig zu erschüttern. Dem kann und muss entgegengewirkt werden. Dies gelingt am besten, wenn der Staat – Bund, Länder und Kommunen – proaktiv und koordiniert auftritt und somit nicht als „lähmender“, sondern als mobilisierender Faktor tätig und sichtbar wird. Wichtigste Botschaft der Kommunikation staatlicher Akteure: Das Virus ist ein Risiko für alle. Es wird unser Leben kurz-, mittel- und langfristig verändern. Wir haben das Risiko erkannt, arbeiten auf allen Ebenen zusammen, orientieren uns an der wissenschaftlichen und praktischen Evidenz und handeln entschieden aber nicht panisch. Nur mit einem Zusammenkommen und Wirken von allen Kräften in der Gesellschaft können wir die Verlangsamung der Neuinfizierungen und schließlich Eindämmung des Virus schaffen. Der Staat braucht dazu die Mithilfe aller Bürgerinnen und Bürger, nur dann können wir das Virus schnellstmöglich eindämmen und ein demokratisches Zusammenleben (sowohl politisch, sozial als auch wirtschaftlich) garantieren.

Dies erfordert von allen staatlichen Behörden eine umfassende und abgestimmte Information und Aufklärung sowie konkrete Handlungsanweisungen. Wir müssen davon ausgehen, dass ein beträchtlicher Teil der sich informierenden Bevölkerung durch Medienberichte und soziale Medien vermutet,

dass im Moment die Anzahl der Fälle und die Anzahl der Toten weit unterschätzt werden. Die Botschaft, dass jetzt die Testkapazität massiv hochgefahren wird, wird vermutlich mit Erleichterung aufgenommen. Auch die Ankündigung, dass es dadurch kurzfristig zu einem steilen Ansteigen der Fall- und Todeszahlen kommen kann, wird wahrscheinlich schon erwartet. Es ist wichtig, gleich von Anfang an klarzustellen und offensiv zu kommunizieren, **dass erfolgreiche Massnahmen sich erst mit erheblicher Verzögerung auf die Anzahl gefundener Neuinfektionen und die Anzahl der Todesfälle auswirken werden**.

Neben umfassender Information und Aufklärung von Seiten staatlicher Behörden, ist der Staat in besonderer Weise auf die zivilgesellschaftliche Solidarität angewiesen. Dieses **„Zusammen"** muss mitgedacht und mitkommuniziert werden. Dazu braucht es ein gemeinsames Narrativ (#wirbleibenzuhause, oder «gemeinsam distanziert» - «physische Distanz – gesellschaftliche Solidarität») und im besten Fall viele Gesichter (Prominente, Politikerinnen und Politiker, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler), die sich mit der Kampagne identifizieren.

Die Mobilisierungskampagne für eine (noch) stärkere zivilgesellschaftliche Solidarität richtet sich an zwei verschiedene Gemeinschaften: an die **physische Nachbarschaftsgemeinschaft** und an die **Online-Gemeinschaft**. Die Nachbarsgemeinschaft wird mobilisiert, um mit der Versorgung der Personen in Heimquarantäne mitzuhelfen und um Risikogruppen abzuschirmen. Hier gilt es die Vielzahl von zivilgesellschaftlichen Einrichtungen miteinzubeziehen, bspw. die kirchlichen Vereinigungen, sowie politische Stiftungen (Lokalbüros) und das Vereinswesen (z.B. Sportvereine, Schützenvereine, Nachbarschaftshilfen etc.). Der direkte Kontakt zu dieser Gemeinschaft kann durch mobile Teststationen hergestellt werden, so dass die Gemeinschaft praktisch vor der Haustür in ständigem Kontakt zu den mit der Eindämmung der Epidemie beauftragten lokalen Gesundheitsbehörden ist. Gleichzeitig können für sie Unterstützungsangebote geschaffen werden (Apps zur Kommunikation, Koordination). Diesen Helferinnen und Helfern gilt schon jetzt politisch zu danken und sie zur Verstärkung ihrer Aktivitäten aufzufordern und gleichzeitig für die Eigeninitiative zu loben. Wichtig ist dabei aber eine Vernetzung und Koordination, damit die Hilfeleistung effizient koordiniert werden kann.

Die Online-Gemeinschaft hat ebenfalls eine sehr wichtige Rolle. Ohne Mobilisierung und Solidarisierung verstärkt sie die Verbreitung von Falschinformationen und kann zur Radikalisierung führen. Ein Teil der Gemeinschaft kann jedoch sicher in das Abfedern der sozialen Auswirkungen der Ausgangsbeschränkungen, des Schutzes von Risikogruppen und der Quarantäne eingebunden werden. Es gibt schon wichtige Angebote in dieser Hinsicht, diese sollen und müssen ausgebaut werden (medizinische Betreuung, psychologische Angebote oder einfach gemeinsame Freizeitbeschäftigung online). Auch hier können zivilgesellschaftliche Einrichtungen helfen (s.o.) ebenso Prominente (z.B. We Kick Corona-Initiative von Joshua Kimmich und Leon Goretzka, #wirbleibenzuhause). Denkbar wäre auch ein Aufruf zum **gemeinsamen «Fakten-Check»** von Informationen und weiteren **Hackathons** um die Herausforderungen mittels digitaler Ansätze zu bewältigen. Auch hier gilt es ein Gefühl des «gemeinsam distanziert» zu fördern.

Auch ältere Personen können sich relativ leicht mit Smartphones und sozialen Medien zurechtfinden, brauchen aber oft technische Hilfe und vor allem persönliche Ratschläge, wie man sich erfolgreich auf den verschiedenen Plattformen bewegt. Um einem Generationenkonflikt (Millennials stecken Ältere an) entgegenzuwirken, könnten und sollten Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene aktiv in die Aufklärungs- und Informationskampagne eingebunden werden.

Nur mit gesellschaftlichem Zusammenhalt und gemeinsam distanziert voneinander kann diese Krise nicht nur mit nicht allzu grossem Schaden überstanden werden, sondern auch zukunftsweisend sein für eine neue Beziehung zwischen Gesellschaft und Staat.

- Leerseite -

Anlage B412



17. Mai 2020

PRAXIS SEIT ANFANG APRIL ANGEWANDT

WHO empfahl völlig unspezifische Corona-Virentests



Symbolbild: Pixabay

Ein wichtiges Labor im deutschen Ausgburg veröffentlichte eine von der WHO empfohlene Praxis zur Testung auf das „neuartige Corona Virus". Demnach wären Proben auch dann als „positiv" zu befunden, wenn irgendein Virus der großen und sehr alten Corona-Familie bestätigt wurde. Sollte dieser Testmodus weltweit Anwendung gefunden haben, relativieren sich die ohnehin schon umstrittenen Infektionszahlen weiter.

Auf der Seite des MVZ Labors in Augsburg findet sich bis heute ein Hinweis auf eine von der Weltgesundheitsorganisation WHO herausgegebenen Empfehlung zur Testung von Proben auf das SARS-Cov-2 Virus. Der Erreger, der die Welt aufgrund einer vorgeblichen Pandemie ins Chaos stürzte, **ist Teil einer spätestens seit den 1960er Jahren bekannten, sehr großen Familie an Viren – den Corona-Viren.**

WHO schlug unspezifische Positiv-Befunde vor

Die Veröffentlichung im Wortlaut:
Das ORF1-Gen ist dabei für SARS-CoV-2 spezifisch, während das E-Gen auch in anderen Coronaviren vorkommt. Die Fälle, in denen nur das ORF-Gen amplifiziert wurde, haben wir auch bisher schon positiv bewertet. Wenige Fälle mit isoliert positivem E-Gen wurden als fraglich eingestuft und führten deshalb immer wieder zu Rückfragen und Problemen hinsichtlich des weiteren Managements betroffener Patienten. Unter Berücksichtigung der epidemiologischen Situation und der insgesamt gestiegenen Positivenrate folgen wir ab sofort der WHO-Empfehlung und geben ein Ergebnis bereits dann als „positiv" heraus, wenn nur das E-Gen amplifiziert wurde.

Patienten auf „irgendein" Corona-Virus positiv ...

In wie vielen anderen Testlabors diese Empfehlung der WHO berücksichtigt wurde, ist nicht bekannt. Aus dem Medizinerlatein ins Deutsche übertragen, bedeutet die Information, dass der Nachweis von im Prinzip irgendeinem Virus aus der Corona-Familie **zu einem Positiv-Befund auf SARS-Cov-2 führte, obwohl der Patient damit möglicherweise gar nicht infiziert ist. Auf der Webseite ist seither nur zu lesen, dass inzwischen auch andere Tests geliefert wurden und Anwendung finden.** Die Rede ist von „zusätzlichen Methoden", weshalb zu vermuten ist, dass der WHO-Teststandard immer noch Gültigkeit hat.

Folgen Sie uns auch auf Telegram, um weiter die aktuellen Meldungen von Wochenblick zu erhalten!

+++ BEZAHLSCHRANKE? NEIN DANKE +++
In Zeiten großer Krisen heißt es zusammenhalten. Der Wochenblick stellt deshalb ab sofort alle exklusiven Inhalte und Reportagen in voller Länge und ohne Zusatzkosten für seine Leser im Internet zur Verfügung. Während Mainstream-Medien verzweifelt um Abos werben, wollen wir nur eines: Ihnen ehrlich und rasch alle Informationen liefern, die Sie in dieser fordernden Zeit brauchen!

FOLGEN SIE UNS AUF INSTAGRAM @WOCHENBLICK.AT





Labor Augsburg MVZ
Ihr Labor - Kompetenz & Service

Diagnostik
Service
Labor
Download



Neuartiges Coronavirus (SARS-CoV-2, 2019-nCoV) - update

Links zum Thema COVID-19

Falldefinition | Abklärung des Verdachts und Maßnahmen | Meldpflicht (http://www.buzer.de/Coronavirus_Meldepflicht_VO.htm) | Meldung von Verdachtsfällen | Internationale Risikogebiete | Aktueller Situationsbericht des RKI | Übersicht des RKI | Übersicht der WHO

23.04.2020

SARS-CoV-2-Antikörper

Zwischenzeitlich haben wir weitere Testverfahren zur Bestimmung von Antikörpern gegen das SARS-Coronavirus 2 validiert. Von diesen wird der Test der Fa. DiaSorin ab dem 27.04.2020 zusätzlich zum bisherigen Test der Fa. Euroimmun zur Verfügung stehen. Der Hersteller hat uns gegenüber ausreichende Lieferfähigkeit zugesichert. Das versetzt uns in die Lage, den Anstau an Proben innerhalb der KW 18 zu beseitigen. Weiterhin kann der neue Test auch in unseren Partnerlaboren in Bochum, Hamburg, Hannover, Mainz und Ritschenhausen durchgeführt werden.

Der Test von DiaSorin zielt nur auf IgG-Antikörper gegen SARS-CoV-2, eine Bestimmung von IgA ist damit nicht möglich. Unsere bisherigen Erfahrungen zeigen, dass IgA als Marker einer sehr kurz zurückliegenden Infektion in einigen Fällen die Spezifität eines schwach positiven IgG sichern kann. In anderen Fällen, in denen nur IgA aber nicht IgG positiv gemessen wurde, führt die geringere Spezifität des IgA-Testes jedoch zu Schwierigkeiten bei der Interpretation des Befundes, die sich auch durch Kontrolluntersuchungen nicht immer beseitigen lassen. Vor dem Hintergrund der anhaltenden Lieferschwierigkeiten beim IgA haben wir uns deshalb entschlossen, zukünftig auf die Bestimmung der IgA-Antikörper zu verzichten.

Bitte beachten Sie:
Antikörpernachweise sind nicht zur Diagnose einer Akutinfektion mit SARS-CoV-2 geeignet. IgG erscheinen durchschnittlich 2-3 Wochen nach Symptombeginn, meist erst dann, wenn keine Virus-RNA mehr nachweisbar ist. Eine Testung ist sinnvoll, um in anamnestisch begründeten Fällen eine vorausgegangene COVID19-Infektion aus der Retrospektive zu sichern, sofern keine PCR-Testung durchgeführt wurde oder der PCR-Test negativ war.
Der Nachweis von IgG ist ein Biomarker für eine durchlaufene SARS-CoV-2-Infektion, per se aber noch kein Beweis für eine länger anhaltende Immunität. Erste klinische Versuche zeigen aber bereits, dass Immunglobulin von Personen, die selbst eine Infektion überstanden haben, erfolgreich zur Therapie von COVID19 eingesetzt werden kann.

mit Hochdruck evaluieren.

Zur Diagnose einer aktuen SARS-CoV-2-Infektion ist immer der direkte Erregernachweis mittels PCR aus Nasopharynxabstrichen oder Sputum die Methode der Wahl. Bei dieser Untersuchung gibt es zurzeit keine Engpässe. Das Testergebnis für die PCR-Untersuchung auf SARS-CoV-2 liegt (mit Ausnahme invalider Messergebnisse, die eine Wiederholung erfordern) wie gewohnt innerhalb von 24 Stunden vor.

03.04.2020

Geändertes Befundlayout der SARS-CoV2 PCR-Ergebnisse

ab sofort geben wir auf unseren Befunden nur noch das Ergebnis positiv oder negativ aus.

Bisher erhielten Sie in Abhängigkeit vom verwendeten Test zwei Ergebnisse.

Falls die Probe mit dem Verfahren der Fa. Roche analysiert wurde, haben wir die Messergebnisse für beide Zielsequenzen der PCR (ORF1- und E-Gen) getrennt angegeben. Das ORF1-Gen ist dabei für SARS-CoV-2 spezifisch, während das E-Gen auch in anderen Coronaviren vorkommt. Die Fälle, in denen nur das ORF-Gen amplifiziert wurde, haben wir auch bisher schon positiv bewertet. Wenige Fälle mit isoliert positivem E-Gen wurden als fraglich eingestuft und führten deshalb immer wieder zu Rückfragen und Problemen hinsichtlich des weiteren Managements betroffener Patienten. Unter Berücksichtigung der epidemiologischen Situation und der insgesamt gestiegenen Positivenrate folgen wir ab sofort der WHO-Empfehlung und geben ein Ergebnis bereits dann als „positiv" heraus, wenn nur das E-Gen amplifiziert wurde. Um den Befund zu vereinfachen, erscheint deshalb zukünftig nur noch ein Gesamtergebnis (positiv oder negativ). Ein Ergebnis ist positiv, wenn mindestens eine der beiden Zielsequenzen des SARS-CoV-2 im Abstrichmaterial nachgewiesen wurde.

Falls die Probe mit Verfahren von rBiopharm oder TibMolbiol analysiert wurde, haben wir bisher getrennte Screening- und Bestätigungstests durchgeführt. Analog zum oben beschrieben Vorgehen beschränken wir uns aufgrund des hohen positiven Vorhersagewerts bei steigender COVID-19-Prävalenz auf den bisherigen Screeningtest, der auf das E-Gen zielt.

27.03.2020

Neueinführung: SARS-CoV-2-Antikörper (IgG/IgA)

Die SARS-CoV-2-Epidemie breitet sich weltweit explosionsartig aus. Mindestens 80 % der Erkrankungen verlaufen mit milden bis moderaten Symptomen, die vor allem bei Kindern deutlich geringer ausgeprägt sind als bei Erwachsenen, und werden deshalb nicht als SARS-CoV-2-Infektion diagnostiziert. Ebenso ist davon auszugehen, dass nicht alle klinisch manifesten Infektionen tatsächlich als COVID-19 diagnostiziert werden oder wurden.
Sofern sie keinen chronischen Verlauf nehmen, hinterlassen die meisten Virusinfektionen eine meist länger andauernde Immunität. Auch für SARS-CoV-2 ist diese Annahme vermutlich realistisch.
Dementsprechend stellt sich für viele Personen in nächster Zeit die Frage: Habe ich die Infektion bereits durchlaufen? Das ist insbesondere für Personal in kritischen Bereichen (Arztpraxen, Krankenhäuser, Polizei) von extremer Relevanz, auch wenn nach derzeitigem Kenntnisstand noch keine 100%igen Aussagen im Sinne von Immunität und langfristigem Schutz gegen Neuinfektionen möglich sein werden.
Der Nachweis von Antikörpern ist ein geeigneter Surrogatmarker, um eine rezente oder früher durchlaufene Infektion mit einem Virus anzuzeigen. Aus diesem Grunde führen wir ab sofort die Bestimmung von IgG- und IgA-Antikörpern gegen das SARS-CoV-2 Virus in unserem Labor durch.

Bitte beachten Sie:
Zur Diagnose einer SARS-CoV-2-Infektion ist immer der direkte Erregernachweis mittels PCR aus Nasopharynxabstrichen oder der unteren Atemwege (Sputum) die Methode der Wahl. Zum Zeitpunkt der akuten Infektion sind Antikörper in der Mehrzahl der Fälle noch nicht nachweisbar, eine Serokonversion (zuerst IgA gefolgt von IgG) tritt erst im Verlauf, u. U. erst zu einem Zeitpunkt ein, an dem die PCR bereits wieder negativ ist. Entsprechende Erfahrungen werden wir im Labor erst in naher Zukunft sammeln können.
Unsere interne Testung von Seren aus dem Vorjahr hat gezeigt, dass Kreuzreaktionen zu anderen Coronaviren vermutlich selten sind (wir haben unter 100 getesteten Seren kein IgG und nur ein positives IgA gefunden). Die Erfahrung zeigt aber auch, dass es keine serologischen Teste mit absoluter Spezifität ohne falsch positive Ergebnisse gibt. Die vom Testhersteller ermittelten Spezifitäten liegen für IgG bei 98.5% und für IgA bei 92,5%.

Material: 1 ml Serum

02.03.2020

Neuartiges Coronavirus (SARS-CoV-2, 2019-nCoV) - Neuregelung zur Labordiagnostik

Seit 28.02.2020 kann jeder Vertragsarzt nach eigener Entscheidung die Spezialdiagnostik veranlassen. Die Untersuchungsindikation sollte unter Berücksichtigung der Kriterien des RKI nach ärztlichem Ermessen gestellt werden.
Für die Erstattung der Behandlungskosten sind die Fälle, bei denen ein klinischer Verdacht vorliegt oder eine Infektion mit dem SARS-CoV-2 nachgewiesen wurde mit der Ziffer 88240 zu kennzeichnen. (Quelle KBV 27.02.2020)

Das RKI stellt ein Flussschema zur Verdachtsabklärung und Maßnahmen als Orientierungshilfe zur Verfügung.

Hinsichtlich der Meldepflicht sind die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zur Meldung von Verdachtsfällen zu berücksichtigen.

Der Verdacht auf COVID-19/SARS-CoV-2 ist begründet, wenn bei Personen mindestens eine der beiden folgenden Konstellationen vorliegt:

1. Personen mit akuten respiratorischen Symptomen jeder Schwere oder unspezifischen Allgemeinsymptomen UND **Kontakt** mit einem bestätigten Fall von COVID-19/SARS-CoV-2
2. Personen mit akuten respiratorischen Symptomen jeder Schwere UND **Aufenthalt in einem Risikogebiet**

Aufgrund der massiv steigenden Anforderungszahlen zur SARS-CoV-2-PCR können wir nicht ausschließen, dass es bei anderen PCR-Untersuchungen zu Verzögerungen kommen kann. ***Wir bitten Sie in diesem Fall um Verständnis.***

13.02.2020

Neuartiges Coronavirus (2019-nCoV) - Verdachtsabklärung und Maßnahmen